

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Postoj bezdětných žen k mateřství
Attitude of Childless Women towards Motherhood

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Ivana Nováková

Autor:

Tereza Veselá

Praha 2017

Poděkování

Děkuji PhDr. Ivaně Novákové za cenné rady, podněty, připomínky, cenný čas a odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji respondentům za pomoc při získávání dat potřebných pro vypracování bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Postoj bezdětných žen k mateřství“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 5. 5. 2017

Tereza Veselá

.....

Anotace

Bakalářská práce se zabývá postojem bezdětných žen k mateřství. Zaměřuje se na těhotenství, porod a mateřství. Vysvětluje jednotlivé pojmy, průběh, komplikace a také trendy. Teoretická část je zpracována s použitím odborné literatury a elektronických zdrojů. Člení se na jednotlivé kapitoly a podkapitoly. Praktická část je zpracována pomocí dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření. Cíle bakalářské práce: zjistit, zda se bezdětné ženy na mateřství připravují a jaké faktory je při plánování mateřství ovlivňují, zjistit jaký postoj mají k porodu a co od mateřství očekávají.

Klíčová slova

těhotenství, porod, mateřství, dítě, bezdětná žena

Annotation

This bachelor's thesis deals with the attitude of childless women towards motherhood. It focuses on pregnancy, birth and motherhood. It explains the individual notions, process, complications and also trends. The theoretical part is based on specialist literature and electronic resources. It is organized into individual chapters and sub-chapters. The practical part is based on data obtained in questionnaire research. The objectives of the thesis: find out whether childless women prepare for motherhood and what factors influence them when they are planning to become mothers, find out their attitude to the birth and what they expect from being mothers.

Key words

pregnancy, birth, motherhood, child, childless woman

OBSAH

OBSAH	6
ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. TĚHOTENSTVÍ	9
1.1 Pojem a příznaky	9
1.2 Průběh těhotenství	10
1.3 Komplikace v těhotenství	15
1.4 Životní styl těhotných.....	18
1.5 Trendy v těhotenství	20
2. POROD	22
2.1 Pojem a příznaky blížícího se porodu	22
2.2 Průběh porodu.....	23
2.3 Komplikace při porodu.....	25
2.4 Druhy porodu.....	27
2.5 Přítomnost otce dítěte u porodu.....	28
3. MATEŘSTVÍ	29
3.1 Pojem a mateřská identita.....	29
3.2 Plánované mateřství.....	30
3.3 Neplánované mateřství	32
3.4 Nenaplněné mateřství	33
3.5 Mateřská a rodičovská dovolená	34
PRAKTICKÁ ČÁST	35
4. PROBLÉM VÝZKUMU	35
4.1 Definice výzkumného problému	35
4.2 Výzkumné cíle.....	35
4.3 Pracovní hypotézy	35
4.4 Metodika výzkumu	36

4.5	Charakteristika výzkumného souboru	36
5.	VÝSLEDKY VÝZKUMU	37
5.1	Interpretace výsledků výzkumu.....	37
5.2	Analýza výsledků výzkumu	47
5.3	Diskuze	50
ZÁVĚR		55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		57
PŘÍLOHA.....		61
SUMMARY		65

ÚVOD

Téma mojí bakalářské práce je „Postoj bezdětných žen k mateřství“. Toto téma jsem si zvolila, protože jsem sama bezdětná žena, která plánuje mateřství a má k němu určité postoje. Zajímá mě, jaké postoje k mateřství mají ostatní bezdětné ženy ve věku 18 až 40 let. Dále jsem si toto téma vybrala, protože mě zajímá, co ženy vede k plánování nebo naopak k odsouvání mateřství, jakou představu mají o svém těhotenství a porodu a co od mateřství očekávají.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se člení na kapitoly a podkapitoly. Praktická část je zpracována pomocí dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření.

Cíle bakalářské práce: zjistit, zda se bezdětné ženy na mateřství připravují a jaké faktory je při plánování mateřství ovlivňují, zjistit jaký postoj mají k porodu a co od mateřství očekávají.

Rozhodnutí mít dítě a stát se matkou patří k nejdůležitějším rozhodnutím v životě. Každá žena by proto měla před plánováním svého mateřství pečlivě zvážit všechny faktory, které by mohly mít vliv na její budoucí mateřství a především na její dítě. S mateřstvím přichází množství změn, se kterými se žena musí vypořádat.

Každá žena prožívá těhotenství, porod a mateřství individuálním způsobem. Některá žena se těší, jiná má obavu a strach. Velmi důležité je se na tuto fázi života dobře připravit. Je to ale vůbec možné? Těhotenství, porod a mateřství představují zlom v životě každé ženy. Role matky je pro ženu novou životní zkušeností. Matkou se žena nerodí, ale stává se jí. Mateřství se v ženě začíná formovat již v těhotenství, žena si k dítěti vytváří určitý vztah. Vzájemný vztah mezi matkou a dítětem se vyvíjí postupně. Je to právě matka, která má mít nejsilnější vazbu k dítěti a dítě zase k ní.

Problematika mateřství je stále aktuálním tématem. Dítě a tudíž i mateřství představuje pro společnost významnou hodnotu.

„Ze všech práv, která ženy mají, je tím nejdůležitějším právo být matkou.“

Lin Yutang, čínský spisovatel (citaty.net)

TEORETICKÁ ČÁST

1. TĚHOTENSTVÍ

1.1 Pojem a příznaky

Těhotenství je proces, který ženu změní fyzicky, psychicky, emočně i sociálně. Tento proces je pro mnoho žen významným přelomem v životě.

Těhotenství je začátek nového života pro dítě, které vyrůstá v matčině těle. (Teusen, Goze-Hänel, 2015)

Těhotenství (gravidita) představuje zatížení organismu ženy a vyvolává v něm řadu změn. Tyto změny souvisí se zajištěním vývoje a výživy plodu, přípravou na porod a kojení. (Slezáková a kol., 2011)

Příznaky těhotenství se podle průkaznosti označují jako: nejisté, pravděpodobné, jisté. (Pařízek, 2015)

Nejisté příznaky těhotenství: střídání nálad, únavnost, sklon k závratím a mdlobám, bolest hlavy, ranní nevolnosti až zvracení, nadmuté břicho, změny chuti k jídlu, zvýšená vnímavost pachů, křeče v nohou, pálení žáhy, akné, návaly horka, pocit zvýšeného napětí v prsech a zvětšení prsů, tvorba tekutiny v prsech, vaginální výtok, časté nucení na močení. (Pařízek, 2015)

Pravděpodobným příznakem těhotenství je vynechání očekávané menstruace. (Pařízek, 2015)

Jistým příznakem těhotenství je objektivní průkaz plodu a jeho projevů. Těhotenství v dnešní době prokazujeme objektivně velmi brzy těhotenskými testy nebo ultrazvukem. (Pařízek, 2015)

Každá žena je jiná a prožívá těhotenství jiným způsobem. Může mít různé příznaky nebo také vůbec žádné. Některá žena má pouze jediný příznak, který může signalizovat těhotenství, další žena má soubor několika příznaků. Je to velmi individuální. Často může mít žena jen pocit, že se něco děje, ale neví konkrétně co. Cítí nevysvětlitelný pocit. Intuice jí napovídá, že by mohla být těhotná. Důležité je, aby žena co nejdříve navštívila svého lékaře (gynekologa) a nechala si těhotenství potvrdit či vyvrátit.

1.2 Průběh těhotenství

Těhotenství je jedinečným a zvláštním obdobím v životě každé ženy. Stvořit, odnosit a porodit dítě je velký dar. Každá žena prožívá těhotenství jiným způsobem. Může ho vnímat jako něco nového, krásného nebo naopak bolestného a omezujícího.

Těhotenství trvá 280 dnů, tj. 40 týdnů, což je 10 lunárních měsíců. Deset lunárních měsíců je 9 kalendářních měsíců. (Pařízek, 2015) Těhotenství také dělíme po 3 kalendářních měsících na tzv. 3 trimestry. (Sikorová, 2006)

Těhotenství začíná okamžikem splynutí spermie s vajíčkem po ovulaci. Vývoj dítěte v děloze matky se dělí na dvě období: embryonální období (prvních 8 týdnů po oplodnění vajíčka), fetální období (od 9. týdne po oplodnění do porodu). (Pařízek, 2015)

Pokud se těhotenství potvrdí, žena je sledována v poradně pro těhotné. V poradně těhotná žena absolvuje různá vyšetření. U těhotné ženy je důležitá anamnéza (rodinná, osobní, gynekologická). (Pařízek, 2015)

Pro rozvoj plodu je důležité spojení s mateřským organismem. Tuto funkci spojení plní placenta. (Vágnerová, 2012)

Lidský plod se v průběhu svého vývoje projevuje typickým způsobem v závislosti na dozrávání jednotlivých funkcí a v důsledku bazální zkušenosti. Prenatální vývoj tvoří základ pro další vývojové změny. (Vágnerová, 2012)

Interakce matky a plodu začíná již v prenatální fázi. Fyziologickou komunikaci zprostředkovává krev procházející placentou. Smyslovou komunikaci zajišťují smyslové podněty (masírování břicha, změna polohy, mateřský hlas). Důležitý je emoční a racionální postoj matky k plodu. Matka by měla na plod soustředit svou pozornost, uvažovat o něm a prožívat jeho existenci. (Vágnerová, 2012)

Prenatální vývoj má své obecné znaky a jednotlivé funkce, které se objevují v určitém období. (Vágnerová, 2012)

Prenatální vývoj:

1. měsíc těhotenství:

- oplodnění (spojení) vajíčka a spermie;
- dělení buněk – vytváří se shluk buněk (morula);
- buňky se spojují a uvnitř kulovitého útvaru se vytváří dutina – vzniká blastocysta;
- vajíčko se uhnízdí v děložní sliznici (nidace)
- začínají se tvořit dvě buněčné vrstvy (vnější a vnitřní zárodečný list);

- vnější zárodečný list (ektoderm) je základem pro nervový systém, kůži a smyslové buňky očí a uší;
- vnitřní zárodečný list (entoderm) je základem pro orgány trávicí trubice s játry, žlučníkem, žlučovými cestami, slinivku břišní, štítnou žlázu a plíce.

2. měsíc těhotenství:

- vytváří se gestační váček a budoucí placenta;
- první náznaky krevního řečiště;
- vzniká třetí zárodečný list (mezoderm), který je základem pro kosti, svaly, vazivo, cévy, ledviny a částečně pro pohlavní orgány;
- vyvíjejí se základy orgánů;
- zárodek se vznáší v plodové vodě;
- začínají se tvořit srdeční komory a síně – srdce zahajuje činnost;
- vytvářejí se základy centrální nervové soustavy (mozek, mícha);
- tvoří se základy sluchu;
- rychlý nárůst hlavy;
- vznikají základy svalů, nervů, pohlavních orgánů a krevtovná tkáň;
- na konci hlavy se objevují dva malé výstupky pro oči a také základ pro nos a ústa;
- objevuje se náznak končetin a prstů;
- vznik jícnu, plic a základ žaludku;
- v játrech je patrný vývoj cév;
- vytváří se základ žlučníku, žlučových cest, slinivky břišní, ledvin a močových cest;
- na konci 8. týdne má zárodek zřetelně lidskou podobu;
- na konci 2. měsíce měří zárodek 3 až 4 cm a váží 3 až 5 g.

3. měsíc těhotenství:

- plod měří asi 9 cm a váží okolo 20 g;
- na končetinách jsou patrné prsty;
- je vytvořen chrupavčitý základ kostry;
- začínají se vyvíjet mužské nebo ženské vnější pohlavní orgány;
- v mozku se začíná vytvářet základ mozkové kůry;
- plod se již pohybuje, ale matka zatím pohyby necítí;
- tvář je téměř vytvořená;

- oči jsou vpředu a jsou zakryty víčky;
- dokončen vývoj placenty.

4. měsíc těhotenství:

- plod měří asi 16 cm a váží okolo 120 g;
- tělo plodu je pokryto jemnou, svraštělou a červenou kůží;
- kůže přestává být tenká, ale zůstává průsvitná;
- na celém povrchu těla jsou velmi jemné chloupky (lanugo);
- začíná se vyvíjet hmat;
- začínají fungovat chuťové pohárky;
- začínají se tvořit základy trvalých zubů.

5. měsíc těhotenství:

- plod měří asi 25 cm a váží okolo 250 g;
- začíná růst vlasů a nehtů;
- začínají se oddělovat srostlá oční víčka;
- vytváří se sklovina zubů;
- žludeční žlázy začínají tvořit šťávy;
- u dívek se začíná tvořit definitivní struktura vaječníků, u chlapců ve varlatech semenné kanálky.

6. měsíc těhotenství:

- plod měří asi 30 cm a váží okolo 600 g;
- začíná se objevovat rytmické dýchání plodu;
- dokončuje se tvorba močové trubice u dívek;
- u dívek je dokončena konečná stavba vaječníků a vytvořena pochva, u chlapců se dotvářejí varlata;
- plod se výrazně pohybuje;
- plod má fáze bdění a spánku;
- plod začíná reagovat na zvuky zvenčí;
- obličej se zvyrazňuje (obočí, nos, uši);
- vytváří se krk;
- začíná se objevovat sací reflex.

7. měsíc těhotenství:

- plod měří asi 35 cm a váží okolo 1200 g;
- na celém povrchu mozku se začínají tvořit mozkové závitky;

- vytvořeny jsou všechny struktury ucha;
- vývoj plic je ukončen;
- oči jsou otevřené;
- žaludek a střeva fungují;
- vývoj ledvin je ukončen.

8. měsíc těhotenství:

- plod měří asi 40 cm a váží okolo 1800 g;
- plod zaujímá polohu, kdy je hlavičkou dolů a zadečkem nahoru;
- chmýří (lanugo) je nahrazováno ochrannou vrstvou, která se nazývá mázek;
- probíhá tvorba obalů nervových buněk mozku, míchy a ostatních nervů;
- dokončuje se cévní zásobení mozku;
- zornice oka začíná reagovat na světlo;
- kosti se prodlužují a sílí;
- plod polyká plodovou vodu a močí do ní.

9. měsíc těhotenství:

- plod měří asi 45 cm a váží okolo 2700 g;
- podložní tuk je již vytvořen;
- kůže je napjatá;
- duhovka oka je pigmentovaná;
- lebka není dosud zcela pevná – dva lebeční lupínky (fontanely), vazivové plošky mezi lebečními kostmi se uzavrou až několik měsíců po narození.
(Pařízek, 2015)

V těle těhotné ženy probíhá množství změn: nauzea (pocit na zvracení), zvracení, nevolnosti, mdloby, slinění, nutkání k močení, únava, zácpa, nadýmání, pocení, bolesti v zádech, výtok, krvácení z nosu a dásní, pálení žáhy, anémie (chudokrevnost), bolesti v podbřišku, svědění, křeče, bolesti rodidel, hemoroidy, nespavost, změny prsou, nadměrná chuť nebo naopak averze k jídlu, střídání emocí, změny nálad a psychická nestabilita.
(Pařízek, 2015)

Plod je zralý pokud je 48 ž 50 cm velký a váží více než 2700 g. Organismus matky se pomocí složitých procesů připravuje na zvládnutí konce těhotenství. Těhotenství končí porodem dítěte. (Pařízek, 2015)

V průběhu těhotenství se však vyvíjí nejen plod, ale také vztah matky k plodu (dítěti). Postupně se vytváří mateřské pouto, které má významnou hodnotu.

Mateřské pouto je emocionální vazba, soustava vztahů mezi dvěma lidmi (matkou a dítětem). Matka si vytváří očekávání a postoje k dítěti, které jsou spojeny s určitým typem chování ženy. Tento typ chování nazýváme mateřským poutem. Mateřské pouto je definováno jako podstatný předpoklad pro přežití dítěte. (Křemenová, 2008)

Proces vytváření mateřského pouta je založený na: genetickém základě mateřského chování, kulturních faktorech, společenských faktorech a situačních faktorech. V procesu vytváření mateřského pouta se jedná o to, zda je těhotenství plánované (chtěné), jaký je zdravotní stav matky v průběhu těhotenství, jak velká a kvalitní je sociální opora a počet stresujících událostí během těhotenství. (Křemenová, 2008)

Vznik představ a očekávání o dítěti, o sobě jako o matce a o mateřství se objevuje dříve, často delší dobu před otěhotněním. (Křemenová, 2008)

Okolo 4. měsíce těhotenství má žena fyzické povědomí o svém nenarozeném dítěti v podobě pohybů plodu. (Křemenová, 2008)

Žena se silnějším mateřským chováním projevuje ve 3. trimestru těhotenství. Významně se prohlubuje prožitek radosti ze situace, že čeká dítě a že se blíží den, kdy se její dítě narodí. (Křemenová, 2008)

Pozitivní vytváření mateřského pouta se projevuje tímto způsobem:

- žena má pocit, že všechny obtíže vyplývající z těhotenství stojí za to;
- žena se dotýká dítěte přes břicho;
- žena s dítětem komunikuje;
- žena komunikuje o dítěti s druhými lidmi;
- žena vybírá dítěti jméno;
- žena nakupuje vybavu pro dítě a zařizuje dětský pokoj;
- žena si vytváří představy o tom, jak bude její dítě vypadat po narození;
- žena si vytváří představy o pochování si svého dítěte v náručí;
- žena si představuje, jak své dítě kojí. (Křemenová, 2008)

Trendem, který také pozitivně ovlivňuje vývoj mateřského pouta k dítěti je prenatální komunikace (čtení nebo vyprávění pohádek, zpívání písniček, pouštění hudby a pohybování do rytmu hudby).

Nejdůležitější však je, aby dítě cítilo, že je chtěné a milované.

1.3 Komplikace v těhotenství

Fyziologické těhotenství je těhotenství nekomplikované. Někdy se ale vyskytnou komplikace, které mohou ohrozit matku i dítě.

Rizikové těhotenství je definicí pro všechna těhotenství, kdy je zvýšená pravděpodobnost, že se nenarodí dítě zcela zdravé. Nejčastěji se jedná o hrozící potrat, předčasný porod a vrozenou vývojovou vadu plodu. Rizikové těhotenství může způsobit nemoc nebo nepravidelnost matky (vysoký nebo nízký věk, dědičnost, neúspěšná předcházející těhotenství, léčená neplodnost, vícečetná těhotenství). Rizikové těhotenství vyžaduje zvýšenou preventivní péči. Těhotná žena s rizikovým těhotenstvím navštěvuje poradnu pro riziková těhotenství. (Pařízek, 2015)

Při rizikovém těhotenství je matka i plod ve zvýšeném nebezpečí. Je prokázáno, že existuje dědičná predispozice k rozvoji určitých rizikových faktorů. (Hájek a kol., 2004)

Pokud u těhotné ženy nejsou provedena určitá preventivní opatření, může vzniknout závažná těhotenská patologie. V některých případech může riziko vyústit v patologický průběh porodu. (Hájek a kol., 2004)

Patologické těhotenství znamená, že těhotná žena je sama vážně nemocná, anebo jen její dítě. Často mohou problémy potkat matku i dítě současně. U některých žen existuje choroba již před otěhotněním, u jiných se onemocnění může objevit až v průběhu těhotenství. Patologická těhotenství vyžadují léčebnou péči. (Pařízek, 2015)

Nejčastějšími komplikacemi v těhotenství jsou:

- samovolný potrat;
- mimoděložní těhotenství;
- těhotenská cukrovka;
- chudokrevnost (anémie);
- Rh faktor;
- vaginální krvácení;
- EPH gestóza (preeklampsie);
- trombóza;
- vcestné lůžko (placenta praevia);
- vrozené vývojové vady.

Potrat (abortus) je ukončení těhotenství a vypuzení plodu z dělohy v prvních 24 týdnech těhotenství. Rozlišujeme potrat samovolný (spontánní), který není vyvolán vnějším zásahem a potrat umělý, který je vyvolán vnějším zásahem. (Pařízek, 2015)

Samovolný potrat může být časný (v prvním trimestru) nebo pozdní (v druhém trimestru). Příčiny samovolného potratu se obtížně objasňují. Velmi často se na nich podílí více faktorů (fyzikální, chemické, biologické, genetické, mechanické, hormonální, imunologické, hematologické, nutriční). Hrozící potrat je stav, kdy má těhotná žena silné bolesti v podbřišku a krvácí. (Behinová, Kaiserová, 2007, Pařízek, 2015)

Mimoděložní těhotenství je život ohrožující stav. Pokud je narušena složitá činnost vejcovodů a uhníždění zárodku proběhne na nesprávném místě, hrozí mimoděložní těhotenství. Průchodnost vejcovodů přesněji lze prokázat pomocí operačního výkonu (laparoskopie). (Pařízek, 2015)

Těhotenská cukrovka (gestační diabetes mellitus) je porucha metabolismu sacharidů (cukrů) vzniklá v těhotenství, která se projevuje zvýšenou hladinou cukru v krvi těhotné ženy. Těhotenská cukrovka se objevuje většinou v druhé polovině těhotenství a končí po porodu. Na přítomnost těhotenské cukrovky by měla být vyšetřena každá těhotná žena. Vyšetření má dvě fáze: u každé těhotné ženy má být na začátku těhotenství stanovena hladina krevního cukru (glykémie) nalačno z žilní krve, a pokud je v normě, tak je proveden mezi 24. – 28. týdnem těhotenství orální glukózový toleranční test. (Pařízek, 2015)

Chudokrevnost (anémie) je nejčastější porucha v těhotenství. Mnoho žen již vstupují do těhotenství jako chudokrevné (mají nedostatek železa). V těhotenství je potřeba železa zvýšená. Příčiny chudokrevnosti v těhotenství jsou z nedostatku látek, které červené krvinky potřebují ke svému vývoji a funkci a ze zvýšených ztrát, obvykle krvácením při porodu. Chudokrevnost může způsobit velké krvácení během porodu a po něm. (Behinová, Kaiserová, 2007, Pařízek, 2015)

Každé ženě je na začátku těhotenství prováděno vyšetření, jehož cílem je zjistit, zda má žena krevní skupinu Rh-. Pokud se dostane do styku krev matky Rh+ s krví dítěte libovolného Rh faktoru, k žádné imunologické reakci nedojde. Pokud však je krev matky Rh- a plod je nosičem faktoru Rh, počne matka po čase protilátky proti faktoru Rh produkovat a s nimi poté působí proti veškerým tkáním plodu. Důsledkem je méně či více těžké poškození plodu. (Pařízek, 2015)

Vaginální krvácení je varovný příznak. Příčin krvácení může být více. Krvácení v první polovině těhotenství je nejčastěji příznakem hrozícího nebo probíhajícího potratu. Může se také jednat o mimoděložní těhotenství nebo choroby děložního hrdla. Krvácení ve druhé polovině těhotenství bývá nejčastěji z důvodu poruchy placenty. Často nezbyvá než těhotenství ukončit císařským řezem. (Pařízek, 2015)

EPH gestóza (preeklampsie) je porucha ve 3. trimestru těhotenství. Projevuje se těmito příznaky: E – edémy (otoky), P – proteinurie (bílkoviny v moči), H – hypertenze (vysoký krevní tlak). Většinou se EPH gestóza vyskytuje u prvorodiček. Formy preeklampsie jsou: lehká, střední a těžká. U těhotných žen s tímto onemocněním se může vyskytnout předčasné odloučení placenty, poruchy krevní srážlivosti a negativní ovlivnění vývoje plodu. Matka s preeklampií musí být sledována v poradně pro riziková těhotenství. (Šilhová, Stejskalová, 2006, Pařízek, 2015)

Trombofilie neboli zvýšená krevní srážlivost může být vrozená nebo získaná porucha krevního srážení spojená se zvýšeným rizikem tvorby krevních sraženin (tromby nebo trombózy). V těhotenství může být trombofilní stav matky spojen se zvýšeným rizikem komplikací u matky i plodu. Trombofilní stavy se mohou podílet jak na vzniku trombózy v žilním systému těhotné ženy, tak i v placentě. Výsledkem může být neplodnost ženy, poruchy růstu plodu a vysoký krevní tlak. (Pařízek, 2015)

Placenta je lokalizována v dolním děložním segmentu. Rozlišujeme čtyři typy včestné placenty. Příčina včestné placenty není jednoznačná. Častěji se vyskytuje u žen, které rodily vícekrát, u žen s děložními myomy a u žen po předchozím císařském řezu. Včestná placenta se projevuje bezbolestným krvácením z rodidel. Řešením je okamžitý porod nebo tzv. vyčkávací způsob. Vyčkávací způsob má zajistit zralost plodu při minimalizaci rizika pro matku i pro plod. Většinou je doporučována hospitalizace a sledování těhotné ženy na lůžku. (Hájek a kol., 2004)

Narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou patří mezi nejzávažnější rodinné tragédie. Rizikovými faktory je starší věk rodičů, choroby rodičů a životní styl. Pro zjištění vrozených vývojových vad se používá prenatální diagnostika. Nejčastější vrozenou vývojovou vadou je Downův syndrom. (Pařízek, 2015)

Všechny komplikace, které se v těhotenství vyskytnou, je potřeba řešit včas a s odborníkem. Je důležité, aby těhotná žena docházela do těhotenské poradny na pravidelné prohlídky a vyšetření. Těhotná žena by měla soustředit svou pozornost na své fyzické i psychické zdraví. Také by se měla vyvarovat aktivitám a situacím, které by mohly ohrozit ji a její dítě.

1.4 Životní styl těhotných

V těhotenství dochází u ženy k řadě změn, které mají vliv na celý její organismus i na plod. Proto je důležité dodržovat zdravý životní styl. Životní styl těhotné ženy se týká především výživy, léků, psychiky, péče o sebe sama, pohlavního styku a po porodu také kojení.

Výživa těhotné ženy je důležitá jak z hlediska zdraví matky, tak z hlediska zdravého vývoje plodu. Vhodné je začít s nutriční přípravou již před těhotenstvím. Pozornost je třeba věnovat dostatečnému příjmu bílkovin a správnému výběru tuků. Těhotná žena potřebuje dostatečný přísun vitaminů a minerálních látek. Důležité je také dodržovat pitný režim. Těhotná žena by měla jíst pestrou, vyváženou stravu a omezit příliš kořeněná jídla. Měla by také dbát na přísun těchto látek: jód, kyselina listová, vápník, železo, vitamin A, vitaminy skupiny B, vitamin C, vitamin D, vitamin E, vitamin K. (Behinová, Kaiserová, 2007, Pařízek, 2015)

Vyvážená a pestrá strava a celkově zdravý životní styl se týká i budoucího otce. U muže může životní styl ovlivnit kvalitu spermií.

Před otěhotněním je také potřeba dát si pozor na optimální hmotnost. Příliš nízká nebo naopak příliš vysoká tělesná hmotnost může negativně ovlivnit průběh těhotenství a zdravý vývoj plodu. V posledních letech se také rozšiřují alternativní způsoby výživy (vegetariánství, veganství, biopotraviny, makrobiotika, dělená strava). Některé z nich mohou mít na organismus těhotné ženy a na plod zásadní vliv. (Březková, Pokorná, Pruša, 2008)

Užívání léků v těhotenství může mít teratogenní účinek, který způsobí narušení vývoje orgánů či poruch jeho funkce v průběhu embryonálního nebo fetálního období. Proto by každá těhotná žena měla důsledně dbát na svůj zdravotní stav a předcházet možným onemocněním. Je důležité, aby těhotná žena vždy informovala svého lékaře o všech přípravcích, které užívá (léčiva předepisována na recept i přípravky volně prodejné). Samozřejmě by mělo být vynechání alkoholu, kofeinu (čaj, káva) a nikotinu (kouření). Alkohol může způsobit fetální alkoholový syndrom (FAS). Typickými projevy jsou poruchy nervového systému, opožděný růst a obličejové deformity. V pozdějším věku se může projevit mentální opoždění, poruchy koncentrace či poruchy sluchu a zraku. (Březková, Pokorná, Pruša, 2008)

Vliv na psychický stav ženy v těhotenství má mnoho faktorů. Důležitá je podpora okolí těhotné ženy. Studie o průběhu těhotenství a porodu v závislosti na sociálních

podmínkách, rodinných poměrech, rodinném stavu, vzdělání, zaměstnání, finanční a bytové situaci prokázaly, že svobodné a osamělé ženy, které žijí v nepříznivých sociálních podmínkách, mají více těhotenských komplikací. (Březková, Pokorná, Pruša, 2008, Pařízek, 2015)

Těhotná žena prožívá během těhotenství často strach a úzkost v souvislosti s různými vyšetřeními, porodem a následnou péčí o dítě. Časté je také střídání emocí. Měla by se proto snažit relaxovat a vyzkoušet různé techniky na zvládání emocí. (Skutilová, 2016)

V průběhu těhotenství dochází u ženy k hormonálním změnám, které mají vliv na její vlasy, nehty a kůži. Od 2. – 3. měsíce dochází ke stimulaci růstu vlasů a naopak po porodu dochází ke zvýšenému vypadávání vlasů. Není potřeba se vyhýbat běžným kadeřnickým službám. Kvalita vlasů se během těhotenství nemění, mohou se však více mastit. Na nehtech se mohou vyskytovat různé rýhy, bílé skvrnky a může také docházet k zeslabení, třepení a lámavosti nehtů. Plet' se v těhotenství více mastí, může se objevovat akné a různé vyrážky. U 90 % těhotných žen se v průběhu 2. trimestru objevují v oblasti břicha, prsů, stehů a hýždí pajizévky neboli strie. Na vzniku strií se podílí genetika, mechanické a hormonální změny. Důležitá je prevence ve formě krémů. (Behinová, Kaiserová, 2007, Pařízek, 2015)

Pokud těhotná žena prožívá fyziologické těhotenství a lékař jí pohlavní styk nezakáže, není žádný důvod k tomu, aby se spolu partneři nemohli milovat. U žen, které si dítě přály a otěhotněly po delší době, mohou hrát roli psychické aspekty. Zásadní je, aby spolu partneři komunikovali. Partneři by měli volit takové milostné polohy, které jsou jim příjemné a vhodné jsou i nekoitální sexuální praktiky. Důležitá je pečlivá hygiena. Rizika pohlavního styku v těhotenství: infekce, krvácení, předčasný odtok plodové vody a předčasný porod. (Behinová, Kaiserová, 2007)

Kojení je činnost, která se do životního stylu matky zařazuje ihned po porodu. Kojení může matce přinést jeden z vrcholných pocitů v péči o dítě. Mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší potravou. Je důležité zvolit správnou polohu při kojení a také nosit pohodlnou podprsenku pro kojící matky. (Fenwick, 2011)

Životní styl těhotné ženy s sebou přináší množství změn, na které si žena postupně zvyká a přizpůsobuje se jim. Klíčový je postoj ženy ke svému těhotenství a také postoj okolí. Vše o výživě, užívání léků, psychickém stavu, péči o samu sebe, pohlavním styku a kojení by žena měla konzultovat se svým lékařem (gynekologem).

1.5 Trendy v těhotenství

V současné době zažíváme i v oblasti těhotenství mnoho trendů. Nejaktuálnějšími trendy jsou aktivity a cvičení v těhotenství, předporodní kurzy, prenatální komunikace, trend matek nižšího věku a naopak trend matek vyššího věku.

Cílem tělesné aktivity v těhotenství je udržení optimální kondice organismu těhotné ženy. Jedná se o kondici fyzickou i psychickou. Fyzická aktivita v těhotenství musí být schválena lékařem (gynekologem). Je nutné brát v úvahu aktuální zdravotní stav matky, dítěte, pokročilost těhotenství, druh a intenzitu fyzické aktivity. Vhodné aktivity pro těhotné ženy: chůze, jízda na kole, plavání, tanec, gravidjóga, golf, běh (jogging), aerobic, cvičení s využitím velkých míčů. Samozřejmě vše v pomalejším tempu a se zvýšenou obezřetností. (Bejdáková, 2006)

Významná jsou cvičení na vyrovnaní nadměrného prohnutí bederní páteře, cvičení na posílení prsních svalů, cvičení na břišní svaly, cvičení plosky nohou a nožní klenby, cviky na prevenci vzniku křečových žil, cvičení na krční páteř, cvičení na mezilopatkové svaly, cvičení na hrudní páteř, posilování hýžd'ových a stehenních svalů a posilování svalstva pánevního dna. (Sikorová, 2006)

Existují také speciální cvičení pro těhotné. Tato cvičení by měla probíhat pod vedením zkušených porodních asistentek nebo fyzioterapeutů. Je vhodné cvičit od začátku těhotenství až do porodu. Cílem je předcházet změnám, ke kterým dochází během těhotenství a příprava ženy, aby snadněji zvládla těhotenství, porod i poporodní období. (Pařízek, 2015)

Předporodní kurzy aneb štěstí přeje připraveným. Předporodní kurzy vedou zkušené porodní asistentky. Péče o dítě, manipulace s ním, kojení a porod, to vše nabývá na předporodním kurzu konkrétní podoby. Jsou zde praktické ukázky, možnost si vše osahat a vyzkoušet nanečisto. Je zde také prostor pro dotazy a vzájemné sdílení obav i radostí. Odbornice učí těhotné ženy správně dýchat a jejich partnerům pomáhá, aby byli oporou své těhotné ženě. Je důležité shánět informace o kurzech s předstihem. Ideální doba nástupu do kurzu je kolem 30. týdne těhotenství. (Víchová, 2015)

Zajímavým trendem v těhotenství je také prenatální komunikace. Prenatální komunikace představuje pouto mezi matkou a dítětem. Znamená kontakt mezi matkou a jejím nenarozeným dítětem. Cílem prenatální komunikace je, aby si těhotná žena vytvořila ke svému dítěti silný vztah už v průběhu těhotenství. Mezi matkou a nenarozeným dítětem existují různé komunikační úrovně. První je tělesná, kdy matka cítí pohyby dítěte a reaguje

na ně. Druhá je duševní (citová), kdy matka na dítě mluví, myslí na něj a hladí si bříško. Dítě je citově založená bytost a reaguje na emoce své matky. Prenatální komunikace vytváří důvěru, podporuje vztahy, poskytuje podněty, poskytuje posilu a zvyšuje citlivost. Matka je prvním a nejdůležitějším komunikačním „partnerem“ dítěte. Prenatální komunikace by však měla být rodinnou záležitostí. Dítěti by se měla vyjadřovat láska, něžnost a náklonnost, aby se dobře rozvíjelo. Prenatální komunikace se vytváří také prostřednictvím čtení nebo vyprávění pohádek, zpíváním písniček, pouštěním hudby a pohybováním do rytmu hudby. (Teusen, Goze-Hänel, 2015)

Významným trendem v těhotenství jsou matky nižšího (18 – 25 let) nebo naopak vyššího věku (35 – 40 let).

Biologicky nejvhodnějšími roky k prvnímu těhotenství jsou 20 – 25 let. Největším problémem u matek nižšího věku může být psychika. Tělo je po fyzické stránce připraveno, ale psychicky nevyzrálá žena nemusí být na mateřství připravena. Mohou se objevit problémy s výchovou, často nemá finanční nezávislost ani životní zkušenosti. Mladší maminky jsou ale navzdory předsudkům dobrými rodiči, především proto, že nejsou tak úzkostlivé. Výhody mateřství v mladém věku: těhotenství probíhá většinou fyziologicky a naprosto bez problémů, mladé ženy jsou na vrcholu sil, jejich organismus není zatížen nemocemi a bráním léků, dítě dá životu mladé ženy směr a náplň, na výchovu i všechny věci okolo miminka má mladá maminka mnohem více energie a navíc to neznamená konec možnosti studovat. Nevýhody mateřství v mladém věku: může se objevit zmatek a strach z budoucnosti, izolace od přátel, zničení plánů a ideálů, může chybět pevné zázemí a finanční nezávislost a také v příliš mladém věku může hrozit riziko předčasného porodu (Líbalová, 2012)

Naopak s vyšším věkem matek stoupá možnost vrozených vývojových vad. Také je těžší vůbec otěhotnět. Čím je žena starší, tím méně vajíček mají její vaječníky. S věkem se snižuje pružnost dělohy. Výhody mateřství ve vyšším věku: životní zkušenosti, finanční nezávislost. Nevýhody mateřství ve vyšším věku: těhotenství může být náročnější, vyšší riziko genetických vad a samovolných potratů, klesá tělesná kondice, roste výskyt chronických onemocnění a gynekologických onemocnění matky. (Behinová, Kaiserová, 2007, Šilhová, Stejskalová, 2006)

Pokud se ženě nedaří otěhotnět po více než roce nechráněného pohlavního styku, měla by jít na vyšetření ke svému lékaři (gynekologovi). Řešením může být umělé oplodnění nebo také adopce dítěte.

2. POROD

2.1 Pojem a příznaky blížícího se porodu

Porod je ukončení těhotenství narozením dítěte. Porod dítěte je nejpřirozenější věc v životě ženy. Na porod se však žádná žena nemůže vždy zcela připravit.

Rodící žena i dítě musejí podat maximální výkon. Příroda jim při tom pomáhá. (Teusen, Goze-Hänel, 2015)

Každý porod je neopakovatelný a může začít různými způsoby. Vždy je lepší navštívit porodnici, kde lékař (gynekolog) ženu vyšetří. (Chmel, 2005)

Příznaky blížícího se porodu:

- poslíčci (předzvěstné stahy);
- odtok plodové vody;
- odchod hlenové zátky;
- špinění;
- velký tlak na konečník;
- stahy (kontrakce) dělohy. (Pařízek, 2015)

Nejčastějším příznakem blížícího se porodu je bolest při kontrakcích dělohy. Tato bolest je výsledkem mnoha komplexních interakcí, fyziologických i psychologických. To, jak žena bolest vnímá, může být ovlivněno mnoha faktory. (Mander, 2011)

Těhotná žena je většinou plná radostného očekávání, ale také obav a strachu. Obavy způsobuje především představa něčeho neznámého. Porod patří mezi zlomová a zároveň velmi náročná období v životě ženy. Každý porod je individuální. Může ho ovlivnit celková stavba těla rodící ženy, dědičnost, fyzický a psychický stav. (Behinová, Kaiserová, 2007)

Důležité je, aby žena byla před porodem v kondici. Lépe tak zvládne zátěž a porodní bolesti. Měla by cvičit dechové a posilující cviky, které jí doporučí její lékař (gynekolog) nebo na předporodním kurzu. Významný je i pohyb na čerstvém vzduchu. Další nedílnou součástí je výběr porodnice, ve které chce žena родit a vyřešení doprovodu k porodu (partner, matka, kamarádka). Podstatné je informovat se na léky tišící bolest při porodu. Hlavní je relaxovat, meditovat, pozitivně myslet a nepropadat panice. Celková fyzická a psychická pohoda je důležitá pro ženu i pro dítě. (Behinová, Kaiserová, 2007)

2.2 Průběh porodu

Průběh porodu je vždy individuální a může trvat různou dobu. Žena si však může připravit porodní plán.

Porodní plán je písemný seznam požadavků těhotné ženy, které by chtěla dodržet během porodu. Profesionálně připravený porodní plán by měl obsahovat pro každý úsek porodu několik alternativních řešení. (Pařízek, 2015)

Před porodem probíhá ještě tzv. příprava, do které se zahrnuje oholení zevních rodidel jen v místech případného nástřihu hráze, vyprázdnění konečníku (klystýr) a osobní hygiena. Lékař může doporučit jen zkrácenou či žádnou přípravu. Rodící žena může tuto přípravu odmítnout. (Behinová, Kaiserová, 2007)

Při porodu může být přítomna dula. Dula je název pro speciálně vyškolenou ženu, která poskytuje především psychickou ale někdy i fyzickou oporu těhotné ženě a její rodině. Dula neposkytuje zdravotnické služby. Provádí doporučení týkající se životosprávy v těhotenství, spolupracuje na přípravě porodního plánu, tvoří doprovod při porodu, provádí masáže, pomáhá při volbě polohy a nefarmakologických úlevových prostředků během porodu. Práci duly si musí rodina sama finančně hradit. (Pařízek, 2015)

Porod probíhá ve třech fázích, ve třech porodních dobách:

- první doba porodní – otevírací;
- druhá doba porodní – vypuzovací;
- třetí doba porodní – k lůžku. (Pařízek, 2015)

Porod začíná první dobou porodní, která bývá nejdelší. Začínají pravidelné děložní stahy (kontrakce), které způsobí rozevření a zánik děložního hrdla. Zánikem děložního hrdla vzniká děložní branka, která se postupně rozvíjí. Název „otevírací“ doba vyjadřuje otevírání, rozvíjení porodních cest. V této době se monitoruje srdeční frekvence plodu. Existují pro to dvě metody: poslech stetoskopem a elektronické sledování. Dále se měří rodící ženě teplota, tep a krevní tlak. Poloha rodící ženy v první době porodní ovlivňuje průtok krve v děloze. Chůze, sed nebo ležení na boku jsou pro průběh porodu nejvýhodnější. Objevuje se bolest, kterou lze utlumit pomocí farmak či nefarmakologickými metodami. Pro použití metod porodnické analgezie platí základní podmínky: žádná metoda nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte, neměla by ovlivnit činnost dělohy a měla by být dostatečně analgeticky účinná. Od bolesti lze ulevit i nefarmakologickými metodami: polohování, hydroterapie, aromaterapie, masáže, využití

gymnastických míčů, dýchací techniky, přítomnost dudy nebo partnera. (Pařízek, 2015, Mander, 2011)

Druhá doba porodní začíná úplným rozvinutím děložní branky a končí porodem dítěte. Děložní stahy (kontrakce) jsou stále častější, silnější a trvají déle. Název „vypuzovací“ vyjadřuje „tlačení“ neboli vypuzování dítěte porodními cestami. Kontrakce musí rodící žena dodýchávat. Zašlá děložní branka se může ohlásit pocitem na zvracení nebo zvracením. Jindy sestup hlavičky na pánevní dno může vyvolat tlakem na konečník nucení na stolicí a nutkání k tlačení. V průběhu této doby porodní by si rodící žena měla zvolit polohu, která je pro ni nejpohodlnější (vleže, vpolosedě, vsedě, na boku, vkleče, ve dřepu, na porodní stoličce). Nejdříve se rodí hlavička dítěte, poté ramínka, tělíčko a nožičky. Novorozence lékař chvíli podrží tak, aby mu z úst vytekla plodová voda, dále novorozenci na dvou místech podváže pupečník a přestřihne jej. Novorozence si poté převezme porodní asistentka, která ho ošetří, změří, zváží, zabalí do pleny a označí. (Pařízek, 2015, Trča, 2004)

Třetí doba porodní začíná porozením dítěte a končí vypuzením placenty. Po porodu se děloha stáhne a její obsah tvoří už jen placenta. Po několikaminutovém klidu se děloha začne opět stahovat a díky stahům se od děložní stěny odloučí placenta. Nakonec lékař (porodník) pečlivě prohlédne rodidla ženy a ošetří porodní poranění. První dvě hodiny po porodu je žena stále sledována a zůstává na porodním sále. Kontroluje se výška horního okraje dělohy, krvácení z rodidel a její celkový stav (měření teploty, pulsu a krevního tlaku). (Pařízek, 2015)

Po porodu dítěte prožívá většina žen nejkrásnější chvíle svého života.

Období, které začíná po porodu nazýváme šestinedělí. Je to doba, kterou žena prožívá zhruba šest týdnů po svém porodu. V průběhu tohoto období odeznívají změny, které se staly v těle těhotné ženy a její tělo se pozvolna vrací do stavu před otěhotněním. Hojí se poranění vzniklá během porodu, pohlavní orgány a celý organismus se vrací do stavu před otěhotněním a zahajuje činnost mléčná žláza – nastává kojení. Některé změny však přetrvávají navždy (strie, trhlínky na děložním hrdle). Po šestinedělí by se žena měla dostavit na gynekologickou prohlídku. V tomto období by také měla dodržovat zásady zdravého životního stylu (žádné léky, hygiena, péče o prsy, zdravá strava, žádné kouření ani alkohol, odpočinek, spánek, správné držení těla). Doporučována je sexuální abstinence. Pokud je šestinedělí nefyziologické (krvácení, infekce, cévní komplikace, poruchy kojení, onemocnění prsů, zastavení kojení) je nutné navštívit lékaře. (Pařízek, 2015)

2.3 Komplikace při porodu

Každý porod mohou doprovázet bohužel i různé komplikace. Nejčastějšími komplikacemi při porodu jsou:

- nástřih hráze (epiziotomie);
- císařský řez;
- klešťový porod;
- použití vakuumextraktoru;
- porod koncem pánevním;
- vybavení placenty rukou;
- porod vícčet;
- předčasný porod;
- přenašení a umělé vyvolání porodu (indukce).

Epiziotomie je malý nástřih hráze, kterým se rozšíří vaginální otvor a tím se zabrání roztržení hráze. Masáže hráze v těhotenství mohou být prospěšné, nikoli škodlivé. Lékař provádí nástřih pouze v těchto případech: při hrozícím roztržení hráze rodící se hlavičkou, za účelem urychlení porodu, jestliže dítě začne trpět nedostatkem kyslíku, za účelem snížení tlaku poševních stěn na hlavičku dítěte a při porodu koncem pánevním. Pánevní dno se obvykle znecitliví vstříknutím lokálního anestetika a poté se při vrcholu kontrakce provede malý nástřih hráze od vaginálního otvoru šikmo k jedné straně. Po porodu se tento nástřih sešije. (Trča, 2004, Chmel, 2005, Fenwick, 2011)

Císařský řez je v České republice nejčastějším operačním porodem. Důvodem pro císařský řez je ohrožení zdraví matky, dítěte nebo obou současně. Existuje plánovaný nebo akutní císařský řez. Císařský řez se provádí vždy v anestezii. Při císařském řezu se dítě rodí otevřenou dutinou břišní. (Pařízek, 2015, Fenwick, 2011)

Klešťový porod se provádí, když je ohroženo zdraví matky, dítěte nebo obou současně. Dnešní porodnické kleště jsou vyrobeny tak, aby jejich použití nezpůsobilo poranění matky ani dítěte. (Pařízek, 2015)

Vakuumextraktor je novější alternativa klešťového porodu. Místo kleští se na hlavičku dítěte umístí umělohmotný zvon („přísavka“). (Pařízek, 2015)

Porod koncem pánevním je porod, při kterém se dítě rodí zadečkem napřed namísto hlavičky. Velmi často je takový porod ukončen císařským řezem. (Pařízek, 2015)

Vybavení placenty rukou se provádí v případě, že se placenta samovolně neodloučila a neporodila do 30 minut po porodu dítěte. Operace se provádí v místní nebo celkové anestezii. (Pařízek, 2015)

Porod vícčet – pokud je v děloze vyšší počet plodů než dva, pak se těhotenství ukončuje císařským řezem. Nejčastější je však porod dvojčat, který je vždy pojímán jako rizikový. Dvojčata, která se narodí mezi 37. a 38. týdnem těhotenství jsou donošená. Dvojčata se často rodí předčasně a při porodu zejména druhého dítěte je třeba zvýšené opatrnosti. Předem je nutné znát, zda jdou dvojčata jednovaječná nebo dvojvaječná, zda mají společné nebo samostatné plodové obaly a placentu. Některé polohy plodů mohou způsobit zaklesnutí plodů v průběhu porodu (kolizní pozastavení) a je nutný císařský řez. Zvýšený počet porodů dvojčat je v současnosti dáván do souvislosti s umělým oplodněním, při kterém existuje vyšší pravděpodobnost vícečetného těhotenství. (Pařízek, 2015, Chmel, 2005)

Předčasný porod je porod dítěte před 38. týdnem těhotenství. Děti, které se narodí předčasně, jsou nezralé, s nedokonale vyvinutými adaptačními mechanismy a s nízkou porodní hmotností. Tento porod může probíhat přirozenou cestou nebo císařským řezem. I když je tělo nezralého dítěte menší, tak porod více bolí. Porod bolí, protože matka není obvykle ještě na porod hormonálně připravena, a proto mívá nižší práh bolesti (somatická příčina bolesti) a dále proto, že žena bývá předčasným porodem většinou překvapena a projevují se u ní obavy o zdraví a život dítěte (psychická příčina bolesti). Po porodu je novorozenec po základní adaptaci odnesen na novorozenecké oddělení intenzivní péče a uložen do inkubátoru nebo na vyhřevné lůžko. (Pařízek, 2015)

Přenášení je prodloužené těhotenství o 14 a více dnů. Následuje tedy umělé vyvolání porodu (indukce), které se používá, jestliže dítě jeví známky dechové nedostatečnosti anebo pokud má matka vysoký krevní tlak nebo jinou poruchu či chorobu, která ohrožuje dítě. Porodní bolesti lze vyvolat třemi způsoby: do pochvy se vpraví tableta obsahující hormon, která zvláčňuje děložní hrdlo, lékař uměle vyvolá odchod plodové vody nebo se porod vyvolá pomocí infuze, která obsahuje hormon vyvolávající děložní stahy. (Pařízek, 2015, Fenwick, 2011)

Porod může probíhat fyziologicky, ale také bohužel nefyziologicky a je důležité, aby každou případnou komplikaci řešil odborník včas. Porod je pro matku i dítě emocionálně náročný zážitek.

2.4 Druhy porodu

V současné době si žena může vybrat, který druh porodu by upřednostnila. Její výběr se může řídit zkušenostmi, z doslechu nebo vlastní intuicí. Kromě porodu ve zdravotnickém zařízení existují dnes také různé alternativní druhy porodu. Nejčastější druhy alternativních porodů:

- porod doma;
- porod do vody;
- porod mimo lůžko (v různé poloze).

Alternativní porodnictví klade důraz na respektování individuálních přání rodící ženy. Je důležité zvážit všechna pozitiva a negativa a také se poradit s lékařem (gynekologem). (Pařízek, 2015, Behinová, Kaiserová, 2007)

Porod doma má své zastánce i své odpůrce. Odpůrci jsou především lékaři z důvodů obav o zdraví matky i dítěte. Tento porod většinou láká ženy, které mají obavy z příliš nemocničního vzhledu porodnic a z přehnané techniky u porodního lůžka. Bohužel možnost vzniku komplikací je příliš velká. Výhody porodu doma jsou psychologický aspekt domácího prostředí a větší uvolnění. Nevýhody porodu doma jsou komplikace a následné ohrožení zdraví matky a dítěte, vzdálenost do porodnice a nedostatečné zdravotnické vybavení. Plánovaný porod doma není v České republice zakázán. (Pařízek, 2015, Trča, 2004, Chmel, 2005)

Porod do vody určitým způsobem funguje jako analgezie. Voda má relaxační vlastnost a u některých rodících žen urychluje během porodu otvírání hrdla a branky dělohy, zvyšuje práh bolesti a snižuje psychické napětí. Plod je po porodu do vody neprodleně vyzvednut z vody ven. Těhotná žena, která se rozhodne pro porod do vody v zařízení, které tuto službu poskytuje, musí splňovat tyto kritéria: žena musí být zcela zdravá, její těhotenství musí probíhat fyziologicky a porod musí nastat v řádném termínu. (Pařízek, 2015)

Porod mimo lůžko – v první době porodní se může rodící žena volně procházet po porodním sále. Opírá se o lůžko, žebřiny, může použít šplhací lano, různé pomůcky (např. relaxační balon), položit se na lůžko nebo používat sprchu. V druhé době porodní (při vypuzování plodu z dělohy) zaujímá jakoukoli pozici, která jí nejvíce vyhovuje anebo se může posadit na speciální stoličku. (Trča, 2004)

Každá žena má právo zvolit si druh porodu, o kterém si myslí, že je nejlepší pro ni i pro její dítě.

2.5 Přítomnost otce dítěte u porodu

Přítomnost otce dítěte u porodu je v dnešní době trendem a individuální záležitostí. Záleží na přání rodící ženy a otce samotného.

Každý muž je však jiný a je jinak disponován k tomu, aby zvládal bolesti své partnerky nebo pohled na krev. Pokud otec dítěte není přesvědčen, jestli chce být přítomen u porodu, tak není vhodné, aby ho žena nutila nebo přemlouvala. Pokud sám nechce, nebyla by jeho přítomnost smysluplná, ale spíše naopak kontraproduktivní. Důležité je vzájemné pochopení a komunikace. (Pařízek, 2015, Chmel, 2005)

Výhody přítomnosti otce u porodu pro matku jsou klid, větší uvolnění, opora, rozptýlení, lepší zvládání strachu, lepší zvládání úzkostných a panických reakcí, rodička se lépe ovládá a kvalitněji spolupracuje. (Chmel, 2005)

Otec dítěte je jedním z nejdůležitějších činitelů v životním prostředí těhotné ženy. Může rodící ženě poskytnout oporu při chůzi, utírat jí pot, dávat jí vodu na napití, sledovat, zda žena správně dýchá, dýchat s ní, připomínat jí, že musí chodit častěji močit, držet ji za ruku, chválit ji a povzbuzovat. Otec u porodu se považuje za živou spojku mezi rodící ženou a lékařem či porodní asistentkou. (Trča, 2004)

Dnes již existují kurzy pro budoucí otce, které poskytují informace, aby se na porodním sále cítili lépe. Kurzy vedou většinou zkušené porodní asistentky. Ukážou, jak připravit pro rodící ženu úlevové polohy při porodních bolestech, jak ženu masírovat a jak pomáhat ženě správně dýchat a relaxovat. (Pařízek, 2015)

Kontroverzní otázkou je také to, zda bude mít přítomnost otce u porodu vliv na budoucí vzájemný sexuální život partnerů. Tento vliv je nepředvídatelný jak z pohledu ženy, tak z pohledu muže. (Chmel, 2005)

Otec dítěte i rodící žena by si měli dobře rozmyslet, zda chtějí, aby byl otec přítomen u porodu. Měli by zvážit všechny výhody a nevýhody. Porod je vždy nepředvídatelný a je potřeba, aby si otec alespoň přečetl, jak porod probíhá a jaké mohou nastat komplikace. Důležité je, aby otec nepanikařil a s partnerkou probral ještě před porodem, jaké jsou její představy o jeho přítomnosti a činnostech, při kterých jí má pomáhat. Pokud bude u porodu otec přítomen, bude to pro něj jistě nezapomenutelný zážitek.

3. MATEŘSTVÍ

3.1 Pojem a mateřská identita

Mateřství je považováno většinou za samozřejmou součást a životní roli ženy. Bezdětná žena to nemá příliš jednoduché. Je stále dotazována, kdy bude mít dítě a co je s ní v nepořádku, že ho ještě nemá. Mateřství je změna, je to jedno z nejdůležitějších životních rozhodnutí.

Rodičovství je poslání i umění, ke kterému musí být talent a dobré schopnosti. (Rheinwaldová, 1993)

Mateřství je užší pojem než rodičovství a týká se ženy, která má na rozdíl od muže schopnost donosit a porodit dítě.

Mateřská identita je ztotožnění, sebeuvědomění ženy s rolí matky.

Mateřství se začíná u ženy formovat již v těhotenství a dále také v průběhu výchovy a péče o dítě. V mateřství žena potřebuje nejen praktické rady, jak se o dítě postarat, ale především podporu. (Kalafutová, 2013)

Lidská mateřská láska je zázračný mechanismus, který vede ke vzájemnému uspokojování psychických potřeb matky i dítěte. (Matějček, 2015)

Je to právě matka, která má mít nejsilnější vazbu k dítěti a dítě zase k ní. Důležitý je vztah rodičů, především matky k dítěti už v těhotenství. Po narození je důležitá interakce rodičů a dítěte, která je cenným výchovným prostředkem. Dítě musí být chtěné a cítit, že je milované takové, jaké je. Důležité je, poskytnout dítěti pocit bezpečí a jistoty. (Matějček, 2013)

Pokud je matka na přijetí dítěte vnitřně připravena, interakce bývá dokonalá. Taková matka je dobře vybavena mateřskými instinkty a mateřskými postoji. Jestliže však matka takto disponována není, vzniká napětí, zmatek a výchova se nedaří. Specifický citový vztah dítěte k matce se rozvíjí nejvíce kolem 7. – 8. měsíce života. Citový vztah k matce vytváří základ pro vztah dítěte k širšímu sociálnímu okolí. Jedná se o životní princip důvěry a nedůvěry v ostatní osoby. (Matějček, 2015)

Mateřská identita se formuje postupně. Každá žena má právo se rozhodnout, zda chce být matkou či nikoliv. Vše záleží na individuálním postoji každé bezdětné ženy k mateřství.

3.2 Plánované mateřství

Plánované mateřství je součástí života většiny žen. Tyto ženy si dítě přejí a připravují se na jeho zplození i narození. Chtějí se stát matkou z různých důvodů:

- obohacení a smysl života;
- pokračování rodu a předání vlastních zkušeností;
- změna životního stylu a hodnot;
- utužení a obohacení partnerského vztahu.

Plánované mateřství (rodičovství) je snaha partnerského páru, aby otěhotnění nastalo v nejvhodnější dobu, může mít pozitivní nebo negativní charakter. Pozitivní plánování mateřství je cílená snaha o otěhotnění. Negativní plánování mateřství je snaha a opatření vedoucí k zábraně nežádoucího otěhotnění (antikoncepce). Plánované mateřství (rodičovství) je ve všech civilizovaných zemích světa považováno za základní lidské právo. Hlavní zásadou je to, že žena sama plánuje počet svých dětí a dobu jejich narození. (Pařízek, 2015)

Antikoncepce je ochrana proti otěhotnění (oplození) při pohlavním styku. Metody antikoncepce rozdělujeme na metody mužské (přerušovaný pohlavní styk, prezervativ, sterilizace) a metody ženské (plodné a neplodné dny, cervikální pesar, prostředky se spermicidními látkami, nitroděložní tělísko, hormonální antikoncepce, hormonální antikoncepce po pohlavním styku, sterilizace). Hormonální antikoncepce se rozděluje na metody tabletové, injekční, nitroděložní, kožní a podkožní implantáty. Plodné a neplodné dny je rozdělení doby mezi dvěma menstruacemi. Plodné dny jsou poměrně krátká období. Zrající vajíčko se uvolňuje z vaječníku obvykle mezi 13. až 14. dnem od prvního dne předcházející menstruace. Tato fáze se nazývá ovulace a k oplození vajíčka musí dojít nejpozději do 17 hodin po ovulaci. (Pařízek, 2015)

Před plánovaným mateřstvím je důležité znát zdravotní stav obou partnerů. U žen, které trpí závažnou chorobou (cukrovka, vysoký krevní tlak, srdeční vady, astma, onemocnění štítné žlázy, epilepsie) je potřeba ještě před otěhotněním upravit léčbu a zavést tzv. prekoncepční přípravu. Důležitý je i zdravotní stav muže, který může mít vliv na pravděpodobnost otěhotnění i na zdraví dítěte. (Pařízek, 2015)

Významný je také věk ženy plánující mateřství. Z genetického a biologického hlediska je pro první otěhotnění optimální věk ženy mezi 20. až 24. rokem života. S přibývajícím věkem (nad 30 let) pravděpodobnost prvního otěhotnění klesá. Těhotenství žen starších 35 let jsou spojena se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací (vysoký

krevní tlak, metabolické poruchy, samovolné potraty, preeklampsie, poruchy nitroděložního vývoje plodu). Je zde vyšší riziko vzniku vrozených vývojových vad u plodu. Těhotné ženy nad 35 let jsou považovány za rizikově těhotné a rizikové rodičky a je jim věnována zvýšená pozornost v poradně pro těhotné i u porodu. Nezanedbatelnou roli má i věk muže. Mužská plodnost začíná klesat okolo 50. roku života. Čím jsou žena i muž mladší, tím jsou plodnost jednodušší a rizika nižší. (Pařízek, 2015)

Vhodné je, aby oba partneři navštívili před plánovaným otěhotněním genetickou poradnu. Genetické poradenství se zaměřuje na určování rizika, že dítě nebude zdravé. Cílem je pomoci při rozhodování, zda otěhotnět nebo raději ne. Vyšší rizika posuzuje genetik na základě velmi podrobného vyšetření obou partnerů i jejich předků. (Pařízek, 2015)

Na těhotenství by se žena měla připravovat především změnou svého životního stylu. Začít by měla přibližně tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Musí chodit na pravidelné gynekologické prohlídky. Pokud žena trpí nějakou chorobou a užívá léky, měla by se poradit s lékařem. Léky by mohly nepříznivě ovlivnit početí i vývoj dítěte. Může také navštívit genetickou poradnu. Dále by se žena měla zaměřit na vyváženou stravu s dostatkem vitamínů a živin a pokusit se alespoň přiblížit doporučené tělesné hmotnosti. Do jídelníčku je vhodné zařadit kyselinu listovou. Je třeba dbát na tělesnou kondici, spánek, relaxaci, vyvarovat se alkoholu, kouření a stresu. (Pařízek, 2015)

Do plánovaného mateřství patří také řešení a zvážení rodinné, bytové a finanční situace. Dnešní bezdětné ženy nemají plánování mateřství jednoduché. Často je na ně vyvíjen tlak společnosti, protože se očekává, že žena by do určitého věku měla mít dítě. Dnešním trendem je především odkládání mateřství na pozdější věk, většinou poté co si žena vybuduje kariérní postup.

Další důležitou součástí plánovaného mateřství je psychická zralost. Žena se musí chtít stát matkou. Nikdo by ji neměl nutit. Měla by vědět, že už nic nebude jako předtím a že její život se s příchodem dítěte změní. O dítě se bude muset starat a být mu oporou. Změní se jí životní styl a pravděpodobně i hodnoty. Záleží pouze na ženě, v kolika letech chce mít své první dítě a kolik chce mít dětí. Rozhodnutí stát se matkou patří k nejvýznamnějším rozhodnutím v životě ženy. Žena by měla vše pečlivě zvážit a podle toho své mateřství plánovat. Pokud žena žije s partnerem, je vhodné, aby rodičovství plánovali spolu. Je důležité, aby dítě bylo plánované a chtěné.

3.3 Neplánované mateřství

Některé ženy mateřství neplánují. Při pohlavním styku používají jeden či více druhů antikoncepce. Dítě si nepřejí, necítí se na to stát se matkou. Matkou nechtějí být z různých důvodů:

- budování kariéry;
- zdravotní problémy;
- negativní změna postavy;
- nadměrná starost a péče o dítě;
- mentální nepřipravenost;
- nevyhovující bytová, rodinná nebo finanční situace.

Nejčastějším důvodem bývá budování kariéry. Pokud žena, která mateřství neplánuje, otěhotní, často chce dítě i kariéru. Být matkou totiž neznamená, že žena bude sto procent svého času trávit se svým dítětem. Ženy nechtějí zůstat s dítětem celý den doma po dobu tří let anebo jsou k včasnějšímu návratu do zaměstnání donuceny ekonomickou situací rodiny. Je to svobodné rozhodnutí každé matky, kdy a za jakých okolností se ke svému zaměstnání vrátí či zda vůbec svou kariéru přeruší. (Labudová, 2015)

Výhody vzájemného budování kariéry a péče o dítě jsou psychická posila, pokračování profesního života, odpočinek od mateřských povinností a zlepšení rodinné finanční situace. (Labudová, 2015)

V dnešní době jsou trendem chůvy, které se o děti starají v době nepřítomnosti matky. Je však důležité, aby matka chůvě důvěřovala a mohla tak být schopná v zaměstnání podat odpovídající výkon bez obav, co se děje s jejím dítětem. (Labudová, 2015)

Neplánované mateřství však může mít ještě jednu podobu. Žena nechává možnosti otěhotnět zcela volný průběh a nic neplánuje. O všem se rozhodne, až když otěhotní. Přání mít dítě není pro ženu prioritní, ale nebrání se mu. Hlavním smyslem života pro ni není mít dítě. Tato forma neplánovaného mateřství má však svá úskalí. Pokud žena otěhotní, musí se rozhodnout, zda si dítě nechá nebo ne. Je zde otázka potratu, který může do života ženy významným způsobem zasáhnout jak po fyzické, tak psychické stránce.

3.4 Nenaplněné mateřství

Nenaplněné mateřství je takové, kdy se žena touží stát matkou, ale ze zdravotních důvodů nemůže. Náplní jejího života je pak nekonečná cesta za dítětem a možné psychické problémy. Žena si často vyčítá, že nemůže mít dítě a snaží se hledat, kde nastala komplikace, která jí brání v otěhotnění nebo donošení dítěte.

Hlavními překážkami početí jsou stres, nedostatek pohybu, nadváha, kouření, alkohol, stoupající věk, pohlavně přenosné choroby a neplodnost (sterilita). (Behinová, Kaiserová, 2007)

Ženy a muži se o příčiny neplodnosti dělí zhruba napůl. U žen se nejčastěji jedná o hormonální poruchu, kdy pravidelně nenastává ovulace (anovulační sterilita) a o neprůchodnost vejcovodů. Jestliže je narušena složitá činnost vejcovodů z důvodů mechanických (např. srůsty) nebo funkčních, nenastane oplození vůbec anebo se zárodek uhnízdí na nesprávném místě a hrozí tak život ohrožující mimoděložní těhotenství. U mužů se nejčastěji jedná o nedostatečně kvalitní sperma. Někdy se příčinu neplodnosti vůbec nepodaří zjistit. (Pařízek, 2015)

Žena i muž by se měli nechat vyšetřit lékařem. Ženu vyšetří gynekolog, a pokud jsou potřeba další vyšetření, odešle ženu na specializované pracoviště. Specializované pracoviště jsou ambulance pro léčbu neplodnosti na odděleních gynekologie a především však specializovaná pracoviště reprodukční medicíny. Tato pracoviště jsou v zákonech a vyhláškách nazývána jako centrum asistované reprodukce. Metody asistované reprodukce přinášejí velké možnosti v léčbě neplodnosti. Tyto metody jsou však spojeny s mnoha etickými otázkami. (Řežábek, 2002)

Mezi nemedicínské způsoby řešení neplodnosti patří adopce, pěstounská péče anebo život bez dítěte. (Řežábek, 2002)

Pokud se objeví problém neplodnosti a partneři si dítě přejí, vydávají se na dlouhou a náročnou cestu za dítětem. Důležitá je komunikace mezi partnery a zjišťování informací od lékaře, ale i z dalších zdrojů. Je potřeba udělat vše, ale nikoliv obětovat vše. Partneři by se měli zabývat i jinými věcmi, nezůstávat se svým trápením sami a vyjadřovat své pocity i pochybnosti. Bohužel ne všichni partneři se dítěte nakonec dočkají. Pak už je na obou partnerech jakou zvolí další cestu (adopce, pěstounská péče, život bez dítěte). Cesta za dítětem je velkou životní krizí. (Konečná, 2003)

Nenaplněné mateřství (rodičovství) je stále častějším problémem a cesta za dítětem nebývá snadná.

3.5 Mateřská a rodičovská dovolená

Mateřská a rodičovská dovolená jsou dnes velmi aktuálním tématem, především proto, zda má na rodičovskou dovolenou nastoupit matka nebo otec dítěte.

Na mateřskou dovolenou žena nastupuje zpravidla od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, nejdříve však od počátku osmého týdne před tímto dnem. Mateřská dovolená trvá 28 týdnů, porodila-li žena zároveň 2 nebo více dětí, přísluší jí mateřská dovolená po dobu 37 týdnů. Peněžitá výše mateřské dovolené je individuální. Při výpočtu se vychází z příjmu (mzdy). (Zákoník práce, 2015)

K prohloubení péče o dítě je zaměstnavatel povinen poskytnout matce nebo otci dítěte na jejich žádost rodičovskou dovolenou. Rodičovská dovolená přísluší matce dítěte po skončení mateřské dovolené a otci od narození dítěte. Rodičovská dovolená se poskytuje v rozsahu, o jaký matka či otec dítěte požádají, ne však déle než do doby, kdy dítě dosáhne věku 3 let. Pro peněžitou výši rodičovské dovolené je určující vyšší průměrný hrubý měsíční příjem jednoho z rodičů. (Zákoník práce, 2015)

V systému dávek státní sociální podpory existuje také tzv. porodné. Touto dávkou se rodině s nízkými příjmy jednorázově přispívá na náklady související s narozením dítěte. Nárok na porodné má rodina, které se narodilo první nebo druhé živé dítě a jejíž příjem v kalendářním čtvrtletí předcházejícím narození dítěte byl nižší než 2,7 násobek životního minima. Výše porodného činí 13 000 Kč na první živě narozené dítě, na druhé živě narozené dítě je to 10 000 Kč. (Sociální zabezpečení, 2017)

V současné době přibývá mužů, kteří nastupují na rodičovskou dovolenou a celodenně pečují o dítě. Zapojování otců do péče o dítě je čím dál aktivnější. Pokud bude přibývat projektů a osvěty na podporu otců, kteří se chtějí o své dítě celodenně starat, mohl by se podíl otců na rodičovské dovolené ještě zvýšit. (www.mpsv.cz)

Pokud nastoupí na rodičovskou dovolenou otec dítěte má to pro rodinu určité výhody i nevýhody. Hlavní výhodou je, že matka, která má vyšší příjem než otec, může zůstat ve svém zaměstnání a zajistit tak pro rodinu lepší finanční prostředky. Nevýhodou může matka dítěte vidět především v tom, že pro ženu je mateřství přirozenější a mateřský instinkt je nezaměnitelný. V některých případech musí otec dítěte nastoupit na rodičovskou dovolenou z různých důvodů (úmrtí matky dítěte, po rozvodu, matka se o dítě nechce starat a vzdá se ho). Otec tedy zůstane samoživitelem. (www.maminet.cz)

Oba partneři by měli pečlivě zvážit všechny faktory a poté se rozhodnout, kdo nastoupí na rodičovskou dovolenou.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. PROBLÉM VÝZKUMU

4.1 Definice výzkumného problému

Postoj bezdětných žen k mateřství.

4.2 Výzkumné cíle

Cíl č. 1: Zjistit, zda se bezdětné ženy na mateřství připravují a jaké faktory je při plánování mateřství ovlivňují.

Cíl č. 2: Zjistit postoj bezdětných žen k porodu.

Cíl č. 3: Zjistit, co bezdětné ženy od mateřství očekávají.

4.3 Pracovní hypotézy

Hypotéza č. 1: Bezdětné ženy se na mateřství připravují a nejvíce je ovlivňuje otázka financí.

Hypotéza č. 2: Bezdětné ženy dávají přednost porodu přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení za přítomnosti partnera před alternativními způsoby porodu.

Hypotéza č. 3: Bezdětné ženy očekávají od mateřství nejčastěji obohacení a smysl života.

4.4 Metodika výzkumu

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkum, který je zaměřen na postoj bezdětných žen k mateřství.

Nástrojem výzkumu je dotazník. Sestavila jsem nestandardizovaný dotazník (Příloha A) a to takovým způsobem, aby bylo možné po jeho zpracování potvrdit nebo vyvrátit jednotlivé hypotézy. Dotazník byl vytvořen výhradně pro účely tohoto výzkumu. Jeho vyplnění bylo dobrovolné a anonymní. Dotazník obsahuje 20 otázek. Skládá se ze 17 uzavřených a 2 polootevřených otázek. Poslední otázka byla zcela otevřená. Respondentky se zde mohly vyjádřit k čemukoli, co v dotazníku nebylo uvedeno nebo vyjádřit nějakou myšlenku. Tato možnost byla jistě pro respondentky důležitá, protože cítili zájem o svou osobu.

Data získaná dotazníkovým šetřením byla vyhodnocena pomocí programu Microsoft Word 2010, Microsoft Excel 2010 a statisticky zpracována a vyhodnocena. Odpovědi na jednotlivé otázky jsou uváděny v absolutních a relativních četnostech.

4.5 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo rozdáním dotazníků široké veřejnosti.

Hodnocený soubor tvoří skupina bezdětných žen ve věku 18 až 40 let. Sběr dat byl realizován od února 2017 do března 2017. Šetření bylo prováděno anonymně a zcela dobrovolně.

Celkem bylo distribuováno 110 dotazníků, navráceno bylo 110 dotazníků (100 %), 6 (5 %) bylo vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění, tyto ženy mateřství neplánují a dítě mít nechťejí.

Výzkumný soubor je tedy tvořen 104 respondentkami (tj. 95 % z oslovených).

5. VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Interpretace výsledků výzkumu

Výsledky výzkumného šetření jsou předloženy v tabulkové podobě.

1. VĚK

Ve věkové kategorii 18 – 24 let bylo 92 respondentek, to byla nejpočetnější skupina, která činila 88 %, ve věku 25 – 29 let bylo 6 respondentek, což bylo 6 %, ve věku 30 – 34 let byly 4 respondentky, to bylo 4 %, ve věku 35 – 40 let byly 2 respondentky, což činilo 2 %.

Tabulka 1 Věk respondentek

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
18 - 24	92	88 %
25 - 29	6	6 %
30 - 34	4	4 %
35 - 40	2	2 %
Celkem	104	100 %

2. VZDĚLÁNÍ

Základní vzdělání mělo 16 respondentek, to bylo 15 %, vyučených bylo 7 respondentek, to bylo 7 %, s maturitou bylo 70 respondentek, to byla nejpočetnější skupina, která činila 67 %, s vyšším odborným vzděláním bylo 6 respondentek, což činilo 6 % a s vysokoškolským vzděláním bylo 5 respondentek a to bylo 5 %.

Tabulka 2 Vzdělání respondentek

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Základní	16	15 %
Středoškolské s vyučným listem	7	7 %
Středoškolské s maturitou	70	67 %
Vyšší odborné	6	6 %
Vysokoškolské	5	5 %
Celkem	104	100 %

3. CHODÍTE NA PRAVIDELNÉ GYNEKOLOGICKÉ PROHLÍDKY?

Ano, odpovědělo 85 respondentek, což bylo 82 %, ne, odpovědělo 19 respondentek, což činilo 18 %.

Tabulka 3 Gynekologické prohlídky

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Ano	85	82 %
Ne	19	18 %
Celkem	104	100 %

4. POUŽÍVÁTE JAKO OCHRANU PŘED NECHTĚNÝM OTĚHOTNĚNÍM JAKÝKOLIV DRUH ANTIKONCEPCE?

Ano, odpovědělo 77 respondentek, což činilo 74 %, ne, odpovědělo 27 respondentek, což bylo 26 %.

Tabulka 4 Používání antikoncepce

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Ano	77	74 %
Ne	27	26 %
Celkem	104	100 %

5. V JAKÉM VĚKU BYSTE CHTĚLA MÍT DÍTĚ?

Do 30 let, odpovědělo 92 respondentek, což činilo 88 %, do 40 let, odpovědělo 12 respondentek, to bylo 12 %.

Tabulka 5 Věk ženy na první dítě

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
do 20 let	0	0 %
do 30 let	92	88 %
do 40 let	12	12 %
Celkem	104	100 %

6. KOLIK BYSTE CHTĚLA MÍT DĚTÍ?

1 dítě, odpovědělo 16 respondentek, což činilo 15 %, 2 děti, odpovědělo 77 respondentek, to bylo 74 %, 3 a více dětí odpovědělo 11 respondentek, což bylo 11 %.

Tabulka 6 Počet dětí

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
1 dítě	16	15 %
2 děti	77	74 %
3 a více dětí	11	11 %
Celkem	104	100 %

7. MYSLÍTE SI, ŽE JE DŮLEŽITÉ, ABY SE DÍTĚ NARODILO V MANŽELSTVÍ?

Ano, odpovědělo 47 respondentek, což činilo 45 %, ne, odpovědělo 50 respondentek, což bylo 48 % a nevědělo 7 respondentek, to bylo 7 %.

Tabulka 7 Hodnota manželství

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Ano	47	45 %
Ne	50	48 %
Nevím	7	7 %
Celkem	104	100 %

8. JAKÝ JE VÁŠ NÁZOR NA POTRAT?

Nesouhlasilo 12 respondentek, což činilo 12 %, souhlasím v případě zdravotních komplikací, odpovědělo 66 respondentek, to bylo 63 %, souhlasím pouze ze závažných důvodů, odpovědělo 26 respondentek, což bylo 25 %.

Tabulka 8 Názor na potrat

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Nesouhlasím	12	12 %
Souhlasím v případě zdravotních komplikací (narození postiženého dítěte, mé zdravotní problémy)	66	63 %
Souhlasím pouze ze závažných důvodů (znásilnění, finanční a rodinná situace)	26	25 %
Celkem	104	100 %

9. JE PRO VÁS DŮLEŽITÁ FINANČNÍ OTÁZKA PŘED VAŠÍM OTĚHOTNĚNÍM?

Ano, odpovědělo 93 respondentek, což činilo 89 %, ne, odpověděly 4 respondentky, což byly 4 % a nevědělo 7 respondentek, to bylo 7 %.

Tabulka 9 Finanční otázka

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Ano	93	89 %
Ne	4	4 %
Nevím	7	7 %
Celkem	104	100 %

10. ČEMU BYSTE DALA PŘEDNOST V PŘÍPADĚ VAŠEHO OTĚHOTNĚNÍ?

Kariérnímu postupu, odpovědělo 10 respondentek, což činilo 10 %, narození dítěte, odpovědělo 80 respondentek, to bylo 77 % a nevědělo 14 respondentek, což bylo 13 %.

Tabulka 10 Priorita v případě otěhotnění

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Kariérnímu postupu	10	10 %
Narození dítěte	80	77 %
Nevím	14	13 %
Celkem	104	100 %

11. VÍTE, CO JE DULA?

Speciálně vyškolená žena, která nabízí oporu rodící matce a její rodině, odpovědělo 50 respondentek, což činilo 48 %, porodní asistentka, odpovědělo 5 respondentek, to bylo 5 % a nevědělo 49 respondentek, což bylo 47 %.

Tabulka 11 Dula

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Speciálně vyškolená žena, která nabízí oporu rodící matce a její rodině	50	48 %
Porodní asistentka	5	5 %
Nevím	49	47 %
Celkem	104	100 %

12. POKUD BYSTE BYLA TĚHOTNÁ, NAVŠTĚVOVALA BYSTE PŘEDPORODNÍ KURZY PRO TĚHOTNÉ?

Ano, odpovědělo 45 respondentek, což činilo 43 %, ne, odpovědělo 20 respondentek, to bylo 19 % a nevědělo 39 respondentek, což bylo 38 %.

Tabulka 12 Předporodní kurzy

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Ano	45	43 %
Ne	20	19 %
Nevím	39	38 %
Celkem	104	100 %

13. CHTĚLA BYSTE ZNÁT POHLAVÍ VAŠEHO DÍTĚTE PŘED PORODEM?

Ano, odpovědělo 76 respondentek, což činilo 73 %, ne, odpovědělo 11 respondentek, to bylo 11 % a nevědělo 17 respondentek, což bylo 16 %.

Tabulka 13 Pohlaví dítěte

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Ano	76	73 %
Ne	11	11 %
Nevím	17	16 %
Celkem	104	100 %

14. MÁTE OBAVU, STRACH Z PORODNÍCH BOLESTÍ?

Ano, odpovědělo 73 respondentek, což činilo 70 %, ne, odpovědělo 24 respondentek, to bylo 23 % a nevědělo 7 respondentek, což bylo 7 %.

Tabulka 14 Obava, strach z porodních bolestí

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Ano	73	70 %
Ne	24	23 %
Nevím	7	7 %
Celkem	104	100 %

15. JAKÉMU PORODU BYSTE DALA PŘEDNOST?

Přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení, odpovědělo 92 respondentek, což činilo 88 %, císařským řezem, odpovědělo 5 respondentek, to bylo 5 %, alternativnímu porodu, odpovědělo 7 respondentek, což bylo 7 %.

Tabulka 15 Druh porodu

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení	92	88 %
Císařským řezem	5	5 %
Porodu v domácím prostředí	0	0 %
Alternativnímu porodu (například - porod do vody)	7	7 %
Celkem	104	100 %

16. CHTĚLA BYSTE, ABY BYL VÁŠ PARTNER (MANŽEL) PŘÍTOMEN U VAŠEHO PORODU?

Ano, odpovědělo 75 respondentek, což činilo 72 %, ne, odpovědělo 16 respondentek, to bylo 15 % a nevědělo 13 respondentek, což bylo 13 %.

Tabulka 16 Partner u porodu

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Ano	75	72 %
Ne	16	15 %
Nevím	13	13 %
Celkem	104	100 %

17. JE PODLE VÁS DŮLEŽITÉ, ABY BYLO DÍTĚ BEZPROSTŘEDNĚ PO PORODU VE FYZICKÉM KONTAKTU S MATKOU?

Ano, odpovědělo 101 respondentek, což činilo 97 % a nevěděly 3 respondentky, to byly 3 %.

Tabulka 17 Fyzický kontakt matky s dítětem po porodu

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Ano	101	97 %
Ne	0	0 %
Nevím	3	3 %
Celkem	104	100 %

18. V PŘÍPADĚ VAŠEHO TĚHOTENSTVÍ BUDETE ČERPAT INFORMACE O TĚHOTENSTVÍ, PORODU A MATEŘSTVÍ NEJČASTĚJI OD/Z:

Lékaře, odpovědělo 36 respondentek, což činilo 35 %, internetu, odpovědělo 12 respondentek, to bylo 12 %, literatury, odpovědělo 17 respondentek, což bylo 16 %, své matky, odpovědělo 34 respondentek, to činilo 33 % a kamarádek, odpověděly 4 respondentky, a to byly 4 %.

Tabulka 18 Informace o těhotenství, porodu a mateřství

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Lékaře (gynekologa)	36	35 %
Internetu	12	12 %
Literatury	17	16 %
Své matky	34	33 %
Kamarádek	4	4 %
Kde?	0	0 %
Celkem	104	100 %

19. CO VY SAMA OČEKÁVÁTE OD MATEŘSTVÍ?

Obohacení a smysl života, odpovědělo 60 respondentek, což činilo 58 %, pokračování rodu a předání vlastních zkušeností, odpovědělo 10 respondentek, to bylo 10 %, změnu životního stylu a hodnot, odpovědělo 18 respondentek, což bylo 17 %, utužení a obohacení partnerského vztahu, odpovědělo 11 respondentek, to činilo 11 % a nevěděly 4 respondentky, a to byly 4 %.

Tabulka 19 Očekávání od mateřství

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
Obohacení a smysl života	60	58 %
Pokračování rodu a předání vlastních zkušeností	10	10 %
Změnu životního stylu a hodnot	18	17 %
Utužení a obohacení partnerského vztahu (manželství)	11	11 %
Nevím	4	4 %
Něco jiného, co?	0	0 %
Celkem	104	100 %

20. PŘÁLA BYSTE SI NĚCO PŘIPSAT, CO NEBYLO V OTÁZKÁCH DOTAZNÍKU NEBO VYJÁDŘIT NĚJAKOU MYŠLENKU, TAK PROSÍM NAPIŠTE:

Této možnosti nevyužila žádná respondentka.

5.2 Analýza výsledků výzkumu

V této výzkumné části jsem se zabývala postojem bezdětných žen k mateřství. Stanovila jsem si tři výzkumné cíle: zjistit, zda se bezdětné ženy na mateřství připravují a jaké faktory je při plánování mateřství ovlivňují, zjistit jaký postoj mají k porodu a co od mateřství očekávají. Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím dotazníků, které byly rozděleny široké veřejnosti, konkrétně bezdětným ženám od 18 do 40 let.

O sociodemografických údajích nás informují otázky č. 1, 2.

Nejpočetnější věkovou skupinou výzkumného souboru tvořily respondenty od 18 do 24 let, bylo jich 88 %, od 25 do 29 let 6 %, od 30 do 34 let 4 % a od 35 do 40 let byly 2 % respondentek. Data znázorňuje tabulka 1.

Co se týká vzdělání respondentek, tak základní vzdělání mělo 15 % respondentek, vyučených bylo 7 %, s maturitou 67 %, s vyšším odborným vzděláním bylo 6 % a s vysokoškolským vzděláním bylo 5 % respondentek. Data znázorňuje tabulka 2.

V této bakalářské práci jsem si vytyčila tři výzkumné cíle.

Cíl č. 1: Zjistit, zda se bezdětné ženy na mateřství připravují a jaké faktory je při plánování mateřství ovlivňují

Hypotéza č. 1: Bezdětné ženy se na mateřství připravují a nejvíce je ovlivňuje otázka financí.

K této hypotéze jsem vytvořila v dotazníku několik otázek, byly to otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 18.

V otázce č. 3, zda žena chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, odpovědělo 82 % respondentek ano a 18 % ne. Tabulka 3.

V otázce č. 4 jsem se ptala, zda žena používá jako ochranu před nechtěným otěhotněním jakýkoliv druh antikoncepce. Ano, odpovědělo 74 % respondentek a ne 26 %. Tabulka 4.

Na otázku č. 5, v jakém věku by žena chtěla mít dítě, odpovědělo 88 % respondentek do 30 let a 12 % do 40 let. Tabulka 5.

Na otázku č. 6, kolik by žena chtěla mít dětí, odpovědělo 15 % respondentek jedno dítě, 74 % dvě děti a 11 % tři a více dětí. Tabulka 6.

V otázce č. 7 jsem zjišťovala, zda je pro ženu důležité, aby se dítě narodilo v manželství. Ano, odpovědělo 45 % respondentek, ne 48 % a nevědělo 7 % respondentek. Tabulka 7.

Na otázku č. 8, jaký má žena názor na potrat, nesouhlasilo 12 % respondentek, 63 % souhlasilo v případě zdravotních komplikací a 25 % souhlasilo pouze ze závažných důvodů. Tabulka 8.

V otázce č. 9 jsem se dotazovala, jestli je pro ženu důležitá finanční otázka před jejím otěhotněním. Ano, odpovědělo 89 % respondentek, ne 4 % a nevědělo 7 % respondentek. Tabulka 9.

Na otázku č. 10, čemu by žena dala přednost v případě jejího otěhotnění, kariérnímu postupu, odpovědělo 10 % respondentek, narození dítěte, odpovědělo 77 % a nevědělo 13 % respondentek. Tabulka 10.

V otázce č. 13 jsem se ptala, zda by žena chtěla znát pohlaví jejího dítěte ještě před porodem. Ano, odpovědělo 73 % respondentek, ne 11 % a nevědělo 16 %. Tabulka 13.

V otázce č. 18 jsme se ptala, kde bude žena v případě jejího otěhotnění nejčastěji čerpat informace o těhotenství, porodu a mateřství. 35 % respondentek odpovědělo od lékaře, 12 % z internetu, 16 % z literatury, 33 % od své matky a 4 % respondentek od kamarádek. Tabulka 18.

Zjištěnými výsledky se potvrzuje hypotéza č. 1.

Cíl č 2: Zjistit postoj bezdětných žen k porodu.

Hypotéza č. 2: Bezdětné ženy dávají přednost porodu přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení za přítomnosti partnera před alternativními způsoby porodu.

K této hypotéze jsem vytvořila několik dalších otázek, byly to otázky č. 11, 12, 14, 15, 16, 17.

Na otázku č. 11, zda ví, co je dula, odpovědělo 48% respondentek, speciálně vyškolená žena, která nabízí oporu rodící matce a její rodině, 5 % odpovědělo, porodní asistentka a nevědělo 47 % respondentek. Tabulka 11.

V otázce č. 12 jsem zjišťovala, zda by žena, pokud by byla těhotná, navštěvovala předporodní kurzy pro těhotné. Ano, odpovědělo 43 % respondentek, ne 19 % a nevědělo 38 %. Tabulka 12.

V otázce č. 14 jsem se dotazovala, zda má žena obavu, strach z porodních bolestí. Ano, odpovědělo 70 % respondentek, ne 23 % a nevědělo 7 %. Tabulka 14.

Na otázku č. 15, jakému porodu by žena dala přednost, odpovědělo 88 % respondentek přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení, 5 % císařským řezem a 7 % alternativnímu porodu. Tabulka 15.

V otázce č. 16 jsem se snažila zjistit, zda žena chce, aby byl její partner přítomen u jejího porodu. Ano, odpovědělo 72 %, ne 15 % a nevědělo 13 %. Tabulka 16.

Na otázku č. 17, zda si myslí, že je důležité, aby bylo dítě bezprostředně po porodu ve fyzickém kontaktu s matkou, odpovědělo 97 % respondentek ano a nevěděly 3 % respondentek. Tabulka 17.

Zjištěnými výsledky se potvrzuje hypotéza č. 2.

Cíl č. 3: Zjistit, co bezdětné ženy od mateřství očekávají.

Hypotéza č. 3: Bezdětné ženy očekávají od mateřství nejčastěji obohacení a smysl života.

K této hypotéze jsem vytvořila otázku č. 19

V otázce č. 19 jsem zjišťovala, co bezdětná žena od mateřství očekává. Obohacení a smysl života, odpovědělo 58 % respondentek, pokračování rodu a předání vlastních zkušeností, odpovědělo 10 %, změnu životního stylu a hodnot, odpovědělo 17 %, utužení a obohacení partnerského vztahu, odpovědělo 11 % a nevěděly 4 % respondentek. Tabulka 19.

Zjištěnými výsledky se potvrzuje hypotéza č. 3.

Poslední, 20. otázka byla zcela otevřená, respondentky se mohly rozepsat, o čem chtěly. Této možnosti nevyužila žádná respondentka.

5.3 Diskuze

Z analýzy výsledků z dotazníkového šetření vyplynulo, že bezdětné ženy se na mateřství připravují a nejvíce je při plánování mateřství ovlivňuje otázka financí, dávají přednost porodu přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení za přítomnosti partnera před alternativními způsoby porodu a od mateřství nejčastěji očekávají obohacení a smysl života.

Limity tohoto výzkumu: pouze ženské pohlaví, bezdětné ženy, věk 18 až 40 let.

Výzkumný vzorek byl tvořen 104 respondentkami. Nejpočetnější věkovou skupinu tvořilo 92 (88 %) respondentek ve věku od 18 do 24 let. Tímto výsledkem byl výzkum ovlivněn. Nejvíce respondentek mělo středoškolské vzdělání s maturitou. Bylo jich 70 (67 %).

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že bezdětné ženy se na mateřství připravují a nejvíce je při plánování mateřství ovlivňuje otázka financí. Této hypotézy se týkají otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 18.

Otázka č. 3, zda ženy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky. Ano, odpovědělo 82 % respondentek a ne 18 %. Podle Pařízka (2015) jsou gynekologické prohlídky důležité z důvodu prevence a následně v těhotenství z důvodu lékařského sledování plodu i matky. Myslím si, že ženy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky především kvůli prevenci a včasnému odhalení komplikací, které by mohly ztížit otěhotnění a porod. Respondentky jsou ke svému reprodukčnímu zdraví zodpovědné a jsou dostatečně informovány o důležitosti těchto prohlídek.

Otázka č. 4, zda ženy užívají jako ochranu před nechtěným otěhotněním jakýkoliv druh antikoncepce. Ano, odpovědělo 74 % respondentek a ne 26 %. Pařízek (2015) uvádí, že užívání antikoncepce je negativním plánováním mateřství. Je to snaha a opatření vedoucí k zábraně nežádoucího otěhotnění. Domnívám se, že ženy užívají jakýkoliv druh antikoncepce, aby si početí mohly naplánovat a zamezily tak potratům. Antikoncepce může být však i demotivujícím faktorem. Dále by se dalo zkoumat, jaký druh antikoncepce ženy užívají.

Otázka č. 5, v jakém věku by ženy chtěly mít dítě. 88 % respondentek odpovědělo do 30 let, 12% do 40 let. Podle Pařízka (2015) je jedním z rizikových faktorů pro otěhotnění věk matky. Líbalová (2012) uvádí, že biologicky nejvhodnějšími roky k

prvnímu těhotenství jsou 20 – 25 let. Podle mého názoru chtějí mít ženy dítě do 30 let, aby se vyhnuly případným komplikacím s otěhotněním, které mohou souviset s vyšším věkem. Tato odpověď mě překvapila, protože současným trendem je odkládání mateřství na pozdější věk. Ženy dnes odkládají mateřství z různých důvodů, které by mohly být dále zkoumány.

Otázka č. 6, kolik by ženy chtěly mít dětí. 15 % respondentek odpovědělo jedno dítě, 74 % dvě děti a 11% tři a více dětí. Předpokládám, že ženy chtějí mít dvě děti především proto, že nechtějí, aby bylo jejich dítě jedináček a také, aby si mělo v mladším věku s kým hrát. Respondentky chtějí dát lásku více dětem a pečovat o ně. Vždy je potřeba ale zvážit i ostatní faktory (rodinná, bytová a finanční situace).

Otázka č. 7, zda si ženy myslí, že je důležité, aby se dítě narodilo v manželství. Ano, odpovědělo 45 % respondentek, ne 48 % a nevědělo 7 % respondentek. Myslím si, že pro ženy manželství není tolik důležité z důvodu vysoké rozvodovosti. Raději tedy preferují partnerský vztah. Tato odpověď mě nepřekvapila. Současným trendem je do manželství nevstupovat. Bylo by zajímavé dále zkoumat z jakých důvodů. Otázka priority manželství by také mohla souviset i s náboženským vyznáním.

Otázka č. 8, jaký mají ženy názor na potrat. Nesouhlasilo 12 % respondentek, 63 % souhlasilo v případě zdravotních komplikací a 25 % respondentek souhlasilo pouze ze závažných důvodů. Domnívám se, že ženy považují potrat z důvodu zdravotních komplikací za nejzávažnější z důvodu narození postiženého dítěte a následné náročné péče o něj. V České republice nejsou potraty zakázány a tak se každá žena může svobodně rozhodnout, zda se chce stát matkou či nikoliv. Otázka potratu je etickým problémem, kterému by se měla věnovat pozornost a osvěta.

Otázka č. 9, zda je pro ženy důležitá finanční otázka před jejich otěhotněním. Ano, odpovědělo 89 % respondentek, ne 4 % a nevědělo 7 % respondentek. Podle mého názoru je pro ženy finanční otázka důležitá z důvodu zabezpečení budoucí rodiny (bytová situace a potřeby pro dítě). Tato odpověď je zajímavá a svědčí o zodpovědnosti a o tom, že ženy chtějí být na mateřství po finanční stránce připraveny. Dále by bylo možné zkoumat, z jakých důvodů je finanční otázka pro respondentky důležitá.

Otázka č. 10, čemu by ženy daly přednost v případě jejich otěhotnění. 10 % respondentek odpovědělo kariérnímu postupu, 77 % narození dítěte a nevědělo 13 % respondentek. Labudová (2015) uvádí, že nejčastějším důvodem k odsouvání nebo k neplánování mateřství je budování kariéry. Pokud žena, která mateřství neplánuje, otěhotní, často chce dítě i kariéru. Předpokládám, že ženy dávají přednost narození dítěte

před kariérním postupem kvůli případným budoucím komplikacím, které může způsobit umělé přerušování těhotenství a samozřejmě také kvůli tomu, že kariérní postup nepovažují za důležitý. Současným trendem je spojit budování kariéry s péčí o dítě. Je zde také možnost otce na rodičovské dovolené.

Otázka č. 13, zda by ženy chtěly znát pohlaví svého dítěte před porodem. Ano, odpovědělo 73 % respondentek, ne 11 % a nevědělo 16 % respondentek. Předpokládám, že ženy chtějí znát pohlaví svého dítěte před porodem ze zvědavosti, kvůli tomu, jak dítě v bříšku oslovovat, kvůli výběru jména a také, aby věděly, jaké věci pro dítě pořídit, popř. v jaké barvě. Pohlaví dítěte bývá pro některou ženu velmi důležité. Může to být z hlediska osobního přání nebo ovlivněním jiných faktorů (např. více stejného pohlaví v rodině).

Otázka č. 18, kde by ženy v případě jejich těhotenství nejčastěji čerpaly informace o těhotenství, porodu a mateřství. 35 % respondentek odpovědělo od lékaře, 12 % z internetu, 16 % z literatury, 33 % od své matky a 4 % respondentek od kamarádek. Myslím si, že ženy by nejčastěji informace o těhotenství, porodu a mateřství čerpaly od lékaře z důvodu odbornosti a důvěry. K lékaři ženy chodí na pravidelné prohlídky a jsou s ním tedy v častém kontaktu. Druhou nejčastější odpovědí je, že by ženy čerpaly informace od své matky. Tento výsledek svědčí o tom, že svojí matce důvěřují a považují ji za osobu, která má zkušenosti s péčí a výchovou dítěte. V dnešní době, kdy se vše zjišťuje prostřednictvím internetu je toto zajímavá odpověď, která může naznačovat, že ženy informacím z internetu méně důvěřují.

Hypotéza č. 2 se potvrdila.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že bezdětné ženy dávají přednost porodu přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení za přítomnosti partnera před alternativními způsoby porodu. Této hypotézy se týkají otázky č. 11, 12, 14, 15, 16, 17.

Otázka č. 11, zda ženy ví, co je dula. 48 % respondentek odpovědělo speciálně vyškolená žena, která nabízí oporu rodičím matce a její rodině, 5 % porodní asistentka a nevědělo 47 % respondentek. Podle Pařízka (2015) je dula název pro speciálně vyškolenou ženu, která poskytuje především psychickou ale někdy i fyzickou oporu těhotné ženě a její rodině. Dula neposkytuje zdravotnické služby. Domnívám se, že ženy, které věděly, co je dula, se zajímají o alternativní způsoby porodu. Podpora duly v těhotenství a její přítomnost u porodu je současným trendem.

Otázka č. 12, zda by ženy pokud by byly těhotné, navštěvovaly předporodní kurzy pro těhotné. Ano, odpovědělo 43 % respondentek, ne 19 % a nevědělo 38 % respondentek.

Víchová (2015) uvádí, že předporodní kurzy vedou zkušené porodní asistentky, které předvádějí i praktické ukázky. Podle mého názoru by ženy navštěvovaly předporodní kurzy pro těhotné i z důvodu praktických ukázek, jak s dítětem zacházet a také, jak správně dýchat a uvolnit se při porodu. Důležitá je především informovanost o těchto kurzech. Ženy by měly vědět, kde tyto kurzy probíhají, kdo je vede a co jejich náplní.

Otázka č. 14, zda mají ženy obavu, strach z porodních bolestí. Ano, odpovědělo 70 % respondentek, ne 23 % a nevědělo 7 % respondentek. Myslím si, že ženy mají obavu a strach z porodních bolestí z důvodu specifické bolesti, která je pro ně neznámá a bojí se, jak celý průběh porodu zvládnou. Každá žena je individuální a má jiný práh bolesti. Strachu a obavám z bolesti lze předcházet prostřednictvím předporodních kurzů a doly. Vliv na strach a obavy z porodních bolestí může mít fyzický a psychický stav, zkušenosti kamarádek a masmédia. Právě masmédia mohou podávat neúplné nebo nepravdivé informace a ovlivňovat tak postoj žen k bolesti při porodu.

Otázka č. 15, jakému porodu by ženy daly přednost. 88 % respondentek odpovědělo přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení, 5 % císařským řezem a 7 % respondentek by dalo přednost alternativnímu porodu. Podle Pařízka (2015) jsou odpůrci alternativních porodů především lékaři z důvodů obav o zdraví matky i dítěte. Tento porod většinou láká ženy, které mají obavy z příliš nemocničního vzhledu porodnic a z přehnané techniky u porodního lůžka. Domnívám se, že ženy dávají přednost porodu přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení před alternativním způsobem porodu z důvodu případných komplikací a také včasnému zásahu lékařů. Tento výsledek svědčí o zvýšené zodpovědnosti ale také strachu. Alternativní porody jsou současným trendem, což však z mého výzkumu nevyplývalo. Vliv na tento výsledek by mohla mít nedostatečná informovanost o alternativních porodech.

Otázka č. 16, zda by ženy chtěly, aby byl jejich partner přítomen u jejich porodu. Ano, odpovědělo 72 % respondentek, ne 15 % a nevědělo 13 % respondentek. Pařízek (2015) uvádí, že každý muž je jiný a je jinak disponován k tomu, aby zvládal bolesti své partnerky nebo pohled na krev. Chmel (2005) uvádí, že pokud muž sám nechce, nebyla by jeho přítomnost smysluplná, ale spíše naopak kontraproduktivní. Podle mého názoru si ženy přejí, aby byl jejich partner přítomen u jejich porodu především kvůli podpoře a také, aby měl partner možnost prožít porod se svojí partnerkou a přivítat na svět jejich dítě společně. Přítomnost partnera u porodu je současným trendem. Rodící žena i partner se mohou svobodně rozhodnout, zda chce být partner přítomen u porodu.

Otázka č. 17, zda je podle žen důležité, aby bylo dítě bezprostředně po porodu ve fyzickém kontaktu s matkou. Ano, odpovědělo 97 % respondentek a nevěděly 3 %. Předpokládám, že ženy vnímají fyzický kontakt s dítětem bezprostředně po porodu za důležitý kvůli prvnímu kontaktu s matkou mimo dělohu a kvůli pocitu radosti a euforie z narození dítěte. Fyzický kontakt s dítětem bezprostředně po porodu je současným trendem. Podporuje důležitou vazbu mezi matkou a dítětem a má uklidňující účinek.

Hypotéza č. 3 se potvrdila.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že bezdětné ženy od mateřství nejčastěji očekávají obohacení a smysl života. Této hypotézy se týká otázka č. 19.

Otázka č. 19, co ženy od mateřství očekávají. 58 % respondentek odpovědělo obohacení a smysl života, 10 % pokračování rodu a předání vlastních zkušeností, 17 % změnu životního stylu a hodnot, 11 % utužení a obohacení partnerského vztahu a nevěděly 4 % respondentek. Domnívám se, že bezdětné ženy očekávají od mateřství nejčastěji obohacení a smysl života z důvodu nové životní sebenaplňující zkušenosti, kterou si chtějí prožít, těší se na ni a chtějí se jí věnovat zodpovědným způsobem. Tento výsledek svědčí o tom, že ženy považují dítě za náplň života, dosažení životního cíle a uspokojení emocionálních potřeb. Tuto odpověď považuji za velmi pozitivní z hlediska očekávání, která mají ženy od mateřství.

ZÁVĚR

Mateřství s sebou přináší bezpodmínečnou lásku, obětavost, laskavost, toleranci, trpělivost, nesobeckost a porozumění.

Mateřství je velmi důležitá hodnota, a proto je třeba tomuto tématu věnovat pozornost. V současné době většina žen mateřství odsouvá z různých důvodů na pozdější věk. V takových případech však také vznikají častější komplikace.

V České republice nejsou zakázány potraty a tak, pokud žena otěhotní, může se svobodně rozhodnout, zda se chce stát matkou či nikoliv. Pokud se rozhodne stát matkou, zaujímá k mateřství určité postoje. Tyto postoje jsem zjišťovala výzkumem v praktické části mé bakalářské práce.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na jednotlivé kapitoly a podkapitoly, kde popisuji těhotenství, porod a mateřství. Výzkum byl zaměřen na postoj bezdětných žen k mateřství. Ke sběru dat byla využita výzkumná technika dotazníkového šetření, data byla statisticky zpracována.

V bakalářské práci jsem si stanovila tři výzkumné cíle: zjistit, zda se bezdětné ženy na mateřství připravují a jaké faktory je při plánování mateřství ovlivňují, zjistit jaký postoj mají k porodu a co od mateřství očekávají.

Na základě těchto cílů jsem si stanovila následující hypotézy:

Hypotéza č. 1: Bezdětné ženy se na mateřství připravují a nejvíce je ovlivňuje otázka financí. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že bezdětné ženy se na mateřství připravují (chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, používají jako ochranu před nechtěným otěhotněním jakýkoliv druh antikoncepce, dítě chtějí mít do 30 let, chtějí mít dvě děti, chtěly by znát pohlaví jejich dítěte ještě před porodem a v případě jejich otěhotnění budou čerpat informace o jejich těhotenství, porodu a mateřství nejčastěji od lékaře) a nejvíce je ovlivňuje otázka financí (nemyslí si, že je důležité, aby se dítě narodilo v manželství, souhlasí s potratem v případě zdravotních komplikací, je pro ně důležitá finanční otázka před jejich otěhotněním a v případě otěhotnění dávají přednost narození dítěte). Uvedené výsledky potvrzují hypotézu č. 1. Tyto výsledky považuji za pozitivní plánování mateřství.

Hypotéza č. 2: Bezdětné ženy dávají přednost porodu přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení za přítomnosti partnera před alternativními způsoby porodu. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nadpoloviční většina bezdětných žen ví, co je dula, pokud by byly těhotné, navštěvovaly by předporodní kurzy pro těhotné, mají obavu a

strach z porodních bolestí, dávají přednost porodu přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení, chtějí, aby byl jejich partner přítomen u jejich porodu, a myslí si, že je důležité, aby bylo dítě bezprostředně po porodu ve fyzickém kontaktu s matkou. Uvedené výsledky potvrzují hypotézu č. 2. Tyto výsledky mohou vycházet také ze současných trendů.

Hypotéza č. 3: Bezdětné ženy očekávají od mateřství nejčastěji obohacení a smysl života. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že bezdětné ženy od mateřství očekávají nejčastěji obohacení a smysl života. Uvedený výsledek potvrzuje hypotézu č. 3. Tento výsledek považuji za příznivý postoj k očekávání od mateřství.

Výše uvedený přehled ukazuje, že ženy mají k mateřství pozitivní postoj a uvědomují si důležitost plánování mateřství. Každá žena je však individuální a mateřství plánuje, prožívá a hodnotí jiným způsobem.

Žádné mateřství není bezchybné, záleží na každé ženě, jaký postoj k této výzvě, kterou mateřství představuje, zaujme.

Problematika postojů k mateřství je zajímavá a aktuální, nabízí se několik dalších otázek, které by bylo možné dále zkoumat a hodnotit. Jedná se především o otázku, zda chtějí mít bezdětné ženy děti a důvody proč tomu tak není. Východisko v otázce bezdětnosti spatřuji v tom, aby odborníci věnovali větší pozornost záležitosti motivace a demotivace k mateřství. Lékaři mohou mít na motivaci či demotivaci k mateřství významný vliv (např. prevence neplánovaného těhotenství – antikoncepce, upozornění na biologický věk ženy a individuální přístup k pacientce).

Výzkumnou metodu i postup celé práce považuji za vhodně zvolený. Myslím si, že se mi podařilo podat o dané problematice určitý přehled a splnit cíle, které jsem si stanovila.

Podle mého názoru je tato práce užitečná především pro ty, které toto téma zajímá a kteří se chtějí dozvědět více o problematice mateřství. Dále je užitečná z důvodu výzkumu, z kterého vyplývá, v jakých oblastech jsou bezdětné ženy nejisté a z tohoto důvodu těmto oblastem věnovat více pozornosti.

Bakalářská práce mě obohatila o teoretické i výzkumné poznatky o problematice mateřství. Dala mi možnost seznámit se s tématem zblízka, přečíst si odborné knihy a provést výzkum. Bakalářská práce pro mě byla velkým přínosem a zkušeností.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Prameny:

BEJDÁKOVÁ, Jitka. *Cvičení a sport v těhotenství*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1214-8.

BEHINOVÁ, Markéta a Klára KAISEROVÁ. *Velká kniha o mateřství*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2007. ISBN 978-80-204-1749-7.

BŘEZKOVÁ, Veronika, Jitka POKORNÁ a Tomáš PRUŠA. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. Brno: Era group spol., 2008. ISBN 978-80-7366-136-6.

FENWICK, Elizabeth. *The Complete Book of Mother and Babycare*. 2nd ed. London: Dorling Kindersley Limited, 2011. ISBN 978-1553631545.

HÁJEK, Zdeněk a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1124-9.

KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1055-6.

LABUDOVÁ, Zuzana. Chci dítě i kariéru. *Maminka*. Praha: Mladá fronta, 2015, 15. roč. (11. č.), s. 298 - 300. ISSN 1213-5100.

MANDER, Rosemary. *Pain in Childbearing and its Control*. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011. ISBN 978-1-4051-9568-3.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíce potřebují*. 7. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0853-2.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 6. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0519-7.

PAŘÍZEK, Antonín. *Těhotenství: Kniha první*. 5. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-214-5.

PAŘÍZEK, Antonín. *Porod: Kniha druhá*. 5. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-215-2.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Rodičovství není pro každého*. Praha: Motto, 1993. ISBN 80-901338-4-3.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 2. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0187-1.

SIKOROVÁ, Ludmila. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-1202-0.

SKUTILOVÁ, Vladana. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5469-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

Sociální zabezpečení. Ostrava: Sagit, 2017. ISBN 978-80-7488-211-1.

ŠILHOVÁ, Lucie a Jana STEJSKALOVÁ. *Matkou ve vyšším věku: Vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0987-9.

TEUSEN, Gertrud a Iris GOZE-HÄNEL. *Prenatální komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0970-6.

TRČA, Stanislav. *Partner v těhotenství a při porodu*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0869-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie - dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÍCHOVÁ, Tereza. Předporodní kurzy: štěstí přeje připraveným. *Maminka*. Praha: Mladá fronta, 2015, 15. roč. (11. č.), s. 68 - 71. ISSN 1213-5100.

Zákoník práce. Ostrava: Sagit, 2015. ISBN 978-80-7488-129-9.

Elektronické zdroje:

KALAFUTOVÁ, Lucie. Odvrácená tvář mateřství. *Psychologie.cz* [online]. Praha: Mindlab, 2013 [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/odvracena-tvar-materstvi/>

KŘEMENOVÁ, Jana. Mateřské pouto. *Jana Křemenová - osobní porodní asistentka* [online]. Zlín, 2008 [cit. 2017-04-16]. Dostupné z: <http://www.janakremenova.cz/clanky/materske-pouto/>

LÍBALOVÁ, Tereza. Mladé maminky - výhoda nebo neuváženost? *Kafe.cz* [online]. Praha: VLTAVA LABE MEDIA, 2012 [cit. 2017-02-28]. Dostupné z: <http://www.kafe.cz/rodina-a-domov/mlade-maminky-vyhoda-nebo-neuvazenost-28478.aspx>

Lin Yutang citáty. *Citáty slavných osobností* [online]. c2017 [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: <http://citaty.net/autori/lin-yutang/>

Otec na rodičovské dovolené. *Maminet.cz* [online]. Praha: Adam Haken, 2012 [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://www.maminet.cz/rodina/otec-na-rodicovske-dovolene.html>

Tátové na mateřské. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Miminko, 2013 [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/16326>

PŘÍLOHA

DOTAZNÍK – POSTOJ BEZDĚTNÝCH ŽEN K MATEŘSTVÍ

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Veselá a jsem studentkou 3. ročníku Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy, obor Sociální pedagogika.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Postoj bezdětných žen k mateřství“.

Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. U každé otázky označte křížkem vždy jen jednu odpověď.

Velice Vám děkuji za Vaši spolupráci a čas, který budete věnovat vyplnění dotazníku.

Tereza Veselá

1. VĚK

- ☐ 18 – 24
- ☐ 25 – 29
- ☐ 30 – 34
- ☐ 35 – 40

2. VZDĚLÁNÍ

- ☐ základní
- ☐ středoškolské s výučním listem
- ☐ středoškolské s maturitou
- ☐ vyšší odborné
- ☐ vysokoškolské

3. CHODÍTE NA PRAVIDELNÉ GYNEKOLOGICKÉ PROHLÍDKY?

- ☐ ano
- ☐ ne

4. POUŽÍVÁTE JAKO OCHRANU PŘED NECHTĚNÝM OTĚHOTNĚNÍM JAKÝKOLIV DRUH ANTIKONCEPCE?

- ☐ ano
- ☐ ne

5. V JAKÉM VĚKU BYSTE CHTĚLA MÍT DÍTĚ?

- ☐ do 20 let
- ☐ do 30 let
- ☐ do 40 let

6. KOLIK BYSTE CHTĚLA MÍT DĚTÍ?

- ☐ 1 dítě
- ☐ 2 děti
- ☐ 3 a více dětí

7. MYSLÍTE SI, ŽE JE DŮLEŽITÉ, ABY SE DÍTĚ NARODILO V MANŽELSTVÍ?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

8. JAKÝ MÁTE NÁZOR NA POTRAT?

- ☐ nesouhlasím
- ☐ souhlasím v případě zdravotních komplikací (narození postiženého dítěte, mé zdravotní problémy)
- ☐ souhlasím pouze ze závažných důvodů (znásilnění, finanční a rodinná situace)

9. JE PRO VÁS DŮLEŽITÁ FINANČNÍ OTÁZKA PŘED VAŠÍM OTĚHOTNĚNÍM?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

10. ČEMU BYSTE DALA PŘEDNOST V PŘÍPADĚ VAŠEHO OTĚHOTNĚNÍ?

- ☐ kariérnímu postupu
- ☐ narození dítěte
- ☐ nevím

11. VÍTE, CO JE DULA?

- ☐ speciálně vyškolená žena, která nabízí oporu rodičí matce a její rodině
- ☐ porodní asistentka
- ☐ nevím

12. POKUD BYSTE BYLA TĚHOTNÁ, NAVŠTĚVOVALA BYSTE PŘEDPORODNÍ KURZY PRO TĚHOTNÉ?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

13. CHTĚLA BYSTE ZNÁT POHLAVÍ VAŠEHO DÍTĚTE PŘED PORODEM?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

14. MÁTE OBAVU, STRACH Z PORODNÍCH BOLESTÍ?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

15. JAKÉMU PORODU BYSTE DALA PŘEDNOST?

- ☐ přirozenou cestou ve zdravotnickém zařízení
- ☐ císařským řezem
- ☐ porodu v domácím prostředí
- ☐ alternativnímu porodu (například – porod do vody)

16. CHTĚLA BYSTE, ABY BYL VÁŠ PARTNER (MANŽEL) PŘÍTOMEN U VAŠEHO PORODU?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

17. JE PODLE VÁS DŮLEŽITÉ, ABY BYLO DÍTĚ BEZPROSTŘEDNĚ PO PORODU VE FYZICKÉM KONTAKTU S MATKOU?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

18. V PŘÍPADĚ VAŠEHO TĚHOTENSTVÍ BUDETE ČERPAT INFORMACE O TĚHOTENSTVÍ, PORODU A MATEŘSTVÍ NEJČASTĚJI OD/Z:

- ☐ lékaře (gynekologa)
- ☐ internetu
- ☐ literatury
- ☐ své matky
- ☐ kamarádek
- ☐ kde?

19. CO VY SAMA OČEKÁVÁTE OD MATEŘSTVÍ?

- ☐ obohacení a smysl života
- ☐ pokračování rodu a předání vlastních zkušeností
- ☐ změnu životního stylu a hodnot
- ☐ utužení a obohacení partnerského vztahu (manželství)
- ☐ nevím
- ☐ něco jiného, co?

20. PŘÁLA BYSTE SI NĚCO PŘIPSAT, CO NEBYLO V OTÁZKÁCH DOTAZNÍKU NEBO VYJÁDŘIT NĚJAKOU MYŠLENKU, TAK PROSÍM NAPIŠTE:

SUMMARY

This bachelor's thesis deals with the attitude of childless women towards motherhood. It is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part is organized into individual chapters and sub-chapters. The chapters describe pregnancy, birth and motherhood. They focus on individual notions, process, complications and also trends. The practical part is based on quantitative research. The research was carried out using questionnaires. The respondents are childless women 18 to 40 years of age. The targets of the research: find out whether childless women prepare for motherhood and what factors influence them when they are planning to become mothers, find out their attitude to the birth and what they expect from being mothers. Working hypotheses: childless women do prepare for motherhood and they are mostly influenced by the question of finances, they prefer a natural delivery in a hospital with their partners present to an alternative delivery and they mostly expect enrichment and the meaning of life from motherhood. All hypotheses were confirmed. For me, personally, the thesis was the source of both theoretical and research knowledge related to motherhood.